Nr. 9—10 R. 1929 WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK ROK XXIV

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. Schramm.

TRZY PRZYPADKI JEDNOSTRONNEGO PRZEROSTU ŻUCHWY.

Napisali

Doc. Dr. ADAM GRUCA i Dr. EMIL MEISELS.

(Dokończenie. — Patrz zesz. 7 — 8 r. b.)

Skośność szczęki może powstać:

1. a) wskutek niedostatecznego rozwinięcia się szczęki górnej (fałszywa lub względna progenja, Jaboulay Dufourmente),

b) u starców przy braku zębów w szczęce górnej, a zachowaniu dolnych (progenja fizjologiczna Kruegera),

2. a) przy nadmiernym rozwoju szczęki dolnej, a prawidłowym górnej (progenja patologiczna Kruegera, uwidaczniająca się około 6 roku życia (Angle) i powiększająca się do okresu dojrzewania; może ona spowodować zmiany w główce stawowej z upośledzeniem częściowem ruchów, skrócenie szczęki górnej, powiększenie języka, zmiany w ustawieniu zębów i t. d.),

b) przy akromegalji.

Wszystkie powyższe typy progenji nie powodują zwykle przesunięcia podbródka wbok. Przyczyny tego zniekształcenia mogą być najrozmaitsze.

1. *Asymetrja fizjologiczna wrodzona:* zbaczanie podbródka u 2/3 ludzi normalnych na prawo, u jednej trzeciej na lewo, wywołane położeniem śródmacicznem (Rollmann).

2. *Połowiczy zanik twarzy wrodzony* (hemignathia—Mauclaire): zmniejszenie jednej połowy twarzy lub twarzy i czaszki, połączone czasem z niedorozwojem pojedynczych części kośćca twarzy, opisane przez Burgera, Smitha, Moxleya, Kirmissona, względnie zmniejszenie i niedorozwój tylko jednej połowy szczęki (Ogston, Canton, Tomes, Wreden, Lorenz, Vrolik). Postać ta może uwidaczniać się według Lohmanna dopiero w wieku późniejszym mimo to, że przyczyną jej powstawania są wady rozwojowe.

3. *Zanik połowiczy twarzy nabyty*, dotyczący i szczęki, o ile przyczyna wpłynęła przed ukończeniem rozwoju. Występuje on po jednostronnych ze-

sztywnieniach stawu żuchwowego (Kuester, Murray, Humphry, Poisson, Helferich, Alexander, Orłow), po najrozmaitszego pochodzenia stanach zapalnych (ucho, gruczoły, zęby, rak wodny — Pietrzykowski, Mauclaire), po płonicy (Nosi, Sabata), różyczce, durze, zapaleniu gardła, zakażeniach połogowych, rzeżączce, gruźlicy, po zapaleniach szpiku kostnego (Grube, Voekler, Koenig, Ranke, Kulenkampff, Albrecht), po porażeniu połowiczem dziecięcem (Mauclaire), po zmianach w narządach i tkankach sąsiednich jak blizny w częściach miękkich (Nessel), kręcz (Eiselsberg), boczne skrzywienia kręgosłupa (Joachimstal, Witzel), skutkiem zmniejszenia miejsca dla rozwoju (Perthes) lub przystosowania się (Joachimsthal) w związku z noszeniem przyrządów ortopedycznych w gruźlicy kręgosłupa (prof. Schramm). Przyczyny te powodują zniekształcenie twarzy po stronie chorej.

4. *Przerost połowiczy twarzy wrodzony,* opisany przez Becka, Friendricha, Mac-Keya, Ziehla, Passauera, Kiwulla, Fischera. Przerost dotyczy całej połowy twarzy i czaszki, zarówno kośćca, jak i części miękkich zewnętrznych i wewnętrznych — języka, zębów, migdałków (Werner — gigantismus verus), względnie ze wzrostem olbrzymim (Dana) lub przerostem innych części ciała (Busch, Fischer).

5. *Jednostronny przerost* względnie rozwijające się po urodzeniu nadmierne uwypuklenie jednej połowy twarzv i czaszki (przypadek Richelota cytowany u Mauclairea) lub trzonu żuchwy tylko (Perthes).

6. *Zapalenie stawów zniekształcające* ze zniszczeniem stawu, wywołujące zniekształcenie ku stronie chorej lub nadmierny rozrost kości z przemieszczeniem ku stronie zdrowej, charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, bólami, trzeszczeniem, zniszczeniem chrząstki i wyroślami na brzegu. Występuje ono zwykle wieloogniskowo i w wieku późniejszym, jednoogniskowo i w wieku młodszym po urazach. Mimo braku pewnych cech charakterystycznych, postać tę przyjmowano za tło cierpienia (Eiselsberg). Niewątpliwe zmiany artretyczne istniały tylko w przypadku Adamsa. Jednak już Heath wątpi, by zapalenie stawu zniekształcające mogło być przyczyną przerostu szyjki.

7. *Przerost kości pochodzenia kiłowego* — nigdy nie jest tak równomierny, istnieją przytem i inne objawy kiły wogóle i kiły w szczególności.

8. *Słoniowatość kostna* (Virchow) z podziałem Sternberga na przerost kości w postaci guzów i przerost w postaci rozlanej. Bardzo rzadkie to cierpienie, zaczynające się powoli, zwykle na jednej kości (skroń, szczęka górna) i rozszerzające się stopniowo na sąsiednie i na całą czaszkę, powoduje nadmierny jej przerost i zniekształcenie z zajęciem jam bocznych i kanałów kostnych i objawy uciskowe. W samej tkance kostnej cierpienie to objawia się zagęszczeniem lub rozrzedzeniem istoty gąbczastej. Występuje czasem w postaciach lżejszych, rosnących okresowo i kończących się wytworzeniem ograniczonego przerostu kości (częściowe hyperostozy Schillera). Postać ta bywa zaliczana przez szereg autorów (Bockenheimer, Schmidt, Koch, Recklinghausen, Boit, Gaza, Konjetzny) do zapalenia kości włóknistego ze zmianami przerostowemi (ostitis fibrosa hyperplastica). Przypisywano jej pochodzenie urazowo-zapalne, zakaźne lub uważano za wadę rozwojową (Bockenheimer) i stąd stawiano ją równolegle z rozlanemi przerostami kostnemi, jak wzrost olbrzymi, akromegalja lub słoniowatość.

8a. *Przeistoczenie kości włókniste torbielowate* (ostitis fibrosa cystica), zaczynające się w dzieciństwie na kośćcach skroni i przechodzące jak cierpienie

poprzednie na sąsiednie części; jest to postać wieloogniskowa, wykazująca rentgenologicznie duże ogniska rozrzedzenia w kości zajętej ze skłonnością do tworzenia się torbieli, a bez skłonności do przerostu tkanki kostnej.

8b. *Przeistoczenie kości zniekształcające czyli choroba Pageta* (ostitis deformans), zjawia się w wieku dorosłym jako powolny, połączony z bólami przerost czaszki i żuchwy (Ellinwood), powodujący porowatość i zgrubienie kości, zwłaszcza podstawy i sklepienia czaszki. Często towarzyszą jej zmiany na kończynach w kościach miednicy, klatki piersiowej i t. p.

Patologja schorzeń kości, a zwłaszcza trzech typów ostatnich, nie jest jeszcze dokładnie opracowana i rozgraniczenie ich od siebie bywa niejednokrotnie bardzo trudne, a nawet szereg autorów sprowadza je do wspólnego mianownika. W naszym przypadku I pewne zmiany w kośćcu głowy, jak przerost tkanki kostnej w okolicy guzów czołowych, jednostronny przerost całej połowy żuchwy, a może i przyśrodkowej części trzonu po drugiej stronie, przerost wyrostka zębodołowego prawej szczęki górnej mogłyby przemawiać za równoczesnem schorzeniem wszystkich wymienionych części i za przypuszczalną przynależnością przypadku do grupy ogólnych lub częściowych przerostów kostnych; jednak, biorąc pod uwagę umiejscowienie, brak zmian w budowie charakterystycznych dla któregokolwiek z wymienionych cierpień, brak zajęcia kanałów kostnych, nie możemy przypadku naszego zaliczyć do tej wspólnej grupy. Nie możemy też uważać go za okres początkowy lub postać poronną słoniowatości, choroby Pageta lub włóknistego zapalenia kości.

W przypadku naszym najwybitniejsze zmiany wystąpiły w główce i szyjce wyrostka stawowego, która jest stosunkowo znacznie silniej przerosła, niż reszta zmienionego kośćca. Zdjęcie rentgenowskie z przed trzech lat wykazuje przy daleko posuniętych zmianach w wyrostku stawowym znacznie mniejszy przerost gałęzi poziomej żuchwy i wyrostka zębodołowego szczęki górnej, stąd też bardzo prawdopodobne jest przypuszczenie, że właściwem siedliskiem schorzenia jest nasada wyrostka stawowego, a zmiany w gałęzi poziomej i w wyrostku zębodołowym są tylko następstwem przystosowania się czynnościowego tych tak już z natury swojej plastycznych kości do zmienionych warunków, że szczęka górna i trzon żuchwy rosły silniej z powodu braku prawidłowego zetknięcia się z kością przeciwległą w okresie wzrostu tak, jak to się dzieje np. z zębami przy braku antagonisty. Mieliśmy zatem zupełnie niemal jednakie zmiany anatomiczne w głównem ognisku chorobowem we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach (15) i podobny przebieg kliniczny. Stąd też uważamy cierpienie powyższe za samoistną jednostkę chorobową o nieznanej i może różnej etjologji, ale o typowym przebiegu i obrazie klinicznym.

P r z y c z y n y, powodujące jednoogniskowy przerost kości w cierpieniu powyższem, są nieznane. Główne czynniki, które brano pod uwagę w tych przypadkach, są następujące:

1. Jedni (Eiselsberg, Adams), opierając się na powolnym przebiegu i wyglądzie główki, mimo braku urazu, umiejscowienia w jednym stawie, młodego wieku i braku zmian w kości pod chrząstką, *uważają zniekształcenie za skutek zmian wywołanych przewlekłem zniekształcającem zapaleniem stawu żuchwy* pochodzenia gośćcowego — postać opisana przez Sandiforta (Eiseleberg). Niewątpliwe zapalenie stawów zniekształcające istniało tylko w przypadku Adamsą, ale i tu sprawa mogła rozwinąć się niezależnie od tego cierpienia, które było tylko zjawiskiem przypadkowem (Heath) lub wtórnem. W przypadku naszym,

pomijając nierówności na brzegu chrząstki, niema żadnych danych do przyjęcia zapalenia stawu zniekształcającego: chrząstka drobnowidzowo żadnych zmian nie wykazuje poza objawami żywego wytwarzania tkanki kostnej. W tej ostatniej również nie stwierdza się nic chorobowego poza wybitnie silnem unaczynieniem. Cała sprawa polega , zdaje się, na szybkim wzroście w obrębie nasady wyrostka stawowego. Nie można jednak wyłączyć wpływów trujących lub stanu zapalnego w niedalekiem sąsiedztwie, jako przyczyny nadmiernego rozrostu kości.

2. *Zmiany odżywcze czy nerwowe* w myśl teorji Trèlat-Monod dla przerostu wrodzonego. Doświadczalnie udało się przez uszkodzenie nerwów odżywczych wywołać przerosty, podobne do wrodzonych (Bazeli Sternberg, Stilling, Lewin, Cl. Bernard, Schiff, Montegazza, cyt. u. Warnera). Ziehe przyjmuje dla podobnych przypadków rodzaj nadmiernej czynności nerwów odżywczych. Być może, że czynnik powodujący zapalenie w uchu wpłynął jakąś drogą na nerwy odżywcze samej tylko kości (?) lub na nerwy zwężające naczynia, sprowadzające trwały stan ich porażenia. W przypadku Heatha zmiany w szczęce powstały na tle długotrwałego częściowego porażenia mięśni twarzy po przebytym krwotoku mózgowym. Być może, że i w przypadku naszym punktem wyjścia był przejściowy i przez otoczenie chorego nie zauważony stan niedowładu nerwu twarzowego, wywołany uciskiem zapalnie zmienionych ścian jego kanału kostnego w okolicy ucha środkowego. Przyczyną zniekształcenia t. j. podnietą do przerostu mogłoby być, jak przyjmuje dla przypadku Heatha Sticker, nadmierne pociąganie w owym czasie szczęki przez mięśnie strony przeciwnej.

3. *Wada zarodkowa.* W naszym przypadku I usunięta część wykazuje jakby obecność drugiego mniejszego wyrostka stawowego o powierzchni oddzielonej wyraźną brózdą od głównego powiększonego — stosunki podobne do tych, jakie widzimy przy nadliczbowości palców. Podobnie przedstawiał się przypadek Mc-Carthyego i Grubego. Przemawiałoby za tem i dostosowanie się powierzchni stawowej do kształtu główki, spostrzegane w przypadku Mikulicza. Przeciw powyższemu przypuszczeniu przemawia występowanie cierpienia i w wieku późniejszym.

4. *Wada rozwojowa*, wywołana ciasnotą jaja płodowego, względnie brakiem wód płodowych; nadmierny jednostronny ucisk spowodował rozszerzenie panewki stawowej, które miałoby prowadzić do przerostu główki (Koelliker, Lohmann) i następnie żuchwy.

Czy i które z tych przypuszczeń jest słuszne, wykażą może dalsze spostrzegania.

Podobnie jak pochodzenie również i sprawa podziału anatomopatologicznego nie jest rozstrzygnięta. W piśmiennictwie obok pojęcia nowotworu — kostniak — spotykamy się z zaliczeniem tego rodzaju przypadków do zapaleń (arthritis deformans) i do spraw przerostowych o charakterze nowotworu dobrotliwego lub wreszcie do wyrośli kostnych (exostosis). Lohmann i Perthes opisują je jako „geschwullstaehnliche Hyperostose der Kiefer". Przypadek nasz zasługiwałby na nazwę przerostu wyrostka stawowego i trzonu.

Leczenie. Z wyjątkiem przypadku drugiego (Heatha), w którym środki przeciwgośćcowe miały wstrzymać postęp zniekształcenia, w innych leczenie takie, ani leczenie przeciwkiłowe, ani jak w przypadku I naszym

stosowanie wyciągów z przysadki mózgowej nie wywarło żadnego wpływu na przebieg cierpienia. Przy dalej posuniętych zniekształceniach leczenie może być, rzecz prosta, tylko operacyjne.

W przypadku naszym wobec istnienia zmian w całej połowie żuchwy dwa sposoby operacyjne mogły być brane pod uwagę. Jeden—to wycięcie jednostronne części żuchwy, względnie dwustronne — sposób podany przez Blaira, wykonany z zastosowaniem nowoczesnych przyrządów dentystycznych ustalających, wprowadzonych przez Kuemmela i Forisa (1905) przy skośności szczęki, a przy zniekształceniu ku przodowi i wbok przez Perthesa (1922). Stosowano go w tych cierpieniach w najrozmaitszych odmianach jako to:

a) klinowe lub skośnoczworoboczne wycięcie gałęzi poziomej (Blair, Eiselberg, Lalisch, Hullihan, Pichler, Esmarch, Rizzoli, Julliard),

b) wycięcie klinowe w okolicy kąta żuchwy (Harscha, Ernst, Krueger),

b) wycięcie klinowe w okolicy kąta żuchwy (Harscha,

c) przepiłowanie gałęzi wstępującej z przesunięciem odłamów (Lane, Lindemann, Bruhn, Brune, Schlossman, Perthes),

d) łukowate przecięcie kąta żuchwy (Cryer).

Drugi sposób operacyjny polega na usunięciu główki stawowej po stronie chorej, względnie wyrostka stawowego i bywa zalecany przy prognatyzmie, zesztywnieniach, zwichnięciach i t. p.

Sposób pierwszy, pomijając konieczność mniej lub więcej złożonych przyrządów dentystycznych, ustalających odłamy, pomijając trudności podwójnego przepiłowania szczęki, niebezpieczeństwo rozdarcia śluzówki, konieczność usuwania zdrowych zębów, konieczność przecięcia narwów i naczyń, przebiegających w kanale żuchwy, przedstawia zabieg poważny, wymagający kilkutygodniowego (6 — 8) leczenia, przykrego dla chorego z powodu trudności w odżywianiu się, a przedewszystkiem atakuje cierpienie nie tam, gdzie ono jest najsilniej rozwinięte, pozostawiając nietknięte ognisko właściwe, t. j. główkę stawową, która w razie dalszego rozrostu spowodować może nawrót zniekształcenia. Dlatego też wybraliśmy sposób drugi, który stosowali wszyscy poprzednicy (Heath, Eiselsberg, Voelker, Riedel, Mikulicz, Perthes) tem bardziej, że usunięcie już małej części wyrostka stawowego powoduje, jak wykazali Jaboulay, Bérard, Perthes i inni, bardzo znaczne cofnięcie się łuku zębowego. Wystarcza zatem zabieg mało kaleczący, umożliwiający bardzo wcześnie ruchy żuchwy i odżywianie.

Zabieg ten, wykonany po raz pierwszy przez Bottiniego (1872), a po nim przez Koeniga, znalazł rozległe zastosowanie w leczeniu zesztywnień stawów żuchwowych (Hagedorn, Langenbeck, Ranke, von Schulten, Mears, Malerba, Imbert, Niosi i inni), w niedających się nastawić zwichnięciach żuchwy (Tamburini, H. Schramm), w mikrogenji (Bergmann), w prognatyzmie, jako wycięcie obu wyrostków (Jaboulay, Berard, Berger, Marroni, Ziepfel, Dufourmentel, cyt. u Kruegera). Przeciw temu zabiegowi przemawiały jedynie trudności dostępu z powodu bliskiego sąsiedztwa n. twarzowego, tętnicy szczękowej wewnętrznej i przyusznicy. Pozostawała jeszcze do rozstrzygnięcia sprawa cięcia skórnego, ponieważ w piśmiennictwie niejednokrotnie podnoszono przejściowe lub trwałe porażenie n. twarzowego po zabiegach w tej okolicy (Mikulicz, Voelker, Bockenheimer w 20% przypadków). Górna gałązka n. twarzowego przebiega według Ziepfela o 18 mm poniżej łuku jarzmowego, z którym krzyżuje się w odległości szerokości palca od skrawka ucha

(tragus). W razie istnienia spraw chorobowych stosunki anatomiczne w tej okolicy mogą być mniej lub więcej zmienione i niebezpieczeństwo uszkodzenia nerwu większe. Nic dziwnego więc, że próbowano z najrozmaitszych stron docierać do stawu żuchwowego i że ilość cięć skórnych dochodzi do kilkunastu. Zalecano cięcia podłużne (Bottini, Eiselsberg), podłużne ponad łuk jarzmowy (Helferich) poziome (Ranke, H. Schramm), łukowate, w kształcie litery T (Koenig), kątowe górne, kątowe dolne, krzyżowe, płatowe (Mikulicz). Kornig, Lexer i Wrede polecają cięcie biegnące ½ cm. przed uchem, począwszy od wysokości dolnego brzegu otworu słuchowego zewnętrznego ku górze do łuku jarzmowego i na szerokość palca ku przodowi na dolnym jego brzegu. Perthes przeprowadził cięcie poziome, sięgające ku tyłowi poza nasadę ucha. Bockenheimer, dowodząc, że żadne z poprzednich, nawet cięcie nad gałęzią poziomą żuchwy nie wyklucza możliwości uszkodzenia n. twarzowego, zaleca cięcie łukowate za uchem z poprzecznem przewodu usznego chrząstkowego i czasowem odchyleniem ucha ku przodowi. Imbert wycinał staw żuchwowy cięciem długości 2 cm. na tylnej krawędzi kąta żuchwy, o 2 cm. przed i poniżej skrawka ucha, a dostawszy się do kości posuwał się po niej pod okostną, odchylając n. twarzowy ku górze. Neff i inni zalecali, wychodząc z cięcia łukowatego nad łukiem jarzmowym, usuwać część jego, zasłaniającą staw.

W naszym przypadku I małe cięcie łukowate pozwoliło uniknąć trwałego uszkodzenia n. twarzowego, trudności jednak operacyjne wobec dużych rozmiarów główki były znaczne i prawdopodobnie samo wydobywanie główki spowodowało zgniecenie nerwu. Wycięcie główki dało wynik kosmetyczny i czynnościowy doskonały. Nieznaczne obniżenie dolnej krawędzi żuchwy, jakie pozostało, pochodzi częściowo od zgrubienia samej gałęzi poziomej, a częściowo i to w znaczniejszym stopniu od zniekształcenia szczęki górnej, jak wykazuje zdjęcie rentgenologiczne, w postaci obniżenia wyrostka zębodołowego po stronie chorej. Zniekształcenie to jest powodem, że kikut szyjki wyrostka stawowego żuchwy nie tkwi we wgłębieniu stawowem, co jednak na czynność żuchwy ujemnie nie wpływa.

Kiedy powinno się tego rodzaju przypadki operować? Czy należy czekać, jak w przypadku Lohmanna, aż cierpienie przejdzie w stan spoczynku? Ponieważ punkt ciężkości cierpienia leży prawdopodobnie w nasadzie wyrostka stawowego, które jest punktem wyjścia zniekształcenia, wydaje nam się, że w każdym okresie, usuwając główkę, będziemy mogli cierpienie samo i zniekształcenie na stałe usunąć i im wcześniej, tem mniejsze zmiany zdążą wytworzyć się w szczęce górnej i ustawieniu zębów, wymagające, jak w przypadkach Eiselsberga, Lohmanna i naszym, następczego leczenia dentystycznego. Specjalnie ważny jest wczesny zabieg operacyjny u osobników w okresie rośnięcia. Nawet w tych przypadkach, w których równocześnie przerasta i trzon żuchwy, nawet gdyby się przyjęło, że trzon przerasta niezależnie od zmian w wyrostku stawowym, usunięcie możliwie wczesne główki zapobiegnie zmianom w szczęce górnej. Ponieważ jednak jest bardzo prawdopodobne, że podnieta do przerostu trzonu pochodzi z główki, usunięcie jak najwcześniejsze główki u osobników w okresie rozwoju wydaje się nam w każdym podobnym przypadku nietylko uzasadnione, ale nawet bezwzględnie wskazane.

PIŚMIENNICTWO

1. Alemann: Zentralbl. f. Chir. 1924. Nr. 11a. 2. Bergmann: Arch. f. Chir. XLV/3. 3. Bockenheime: Ztrblatt f. Chir. 1920 nr. 50. 4. Bruhn: Ztrorg f. Chir XIV. 412. 5. Dufourmentel: La Presse Méd. 1920 nr. 76. 6. Eckert: Bruns.Beiter. XXII. 674. 1899. 7. Eiselsberg: Arch. f. Chir. LXXIV. 589. 1906. 8. Gaza: Ztrbl. f. Chir. 1925. nr. 49. 9. Gilpatrick: Ztrorg. f. Chir. XVIII. 173. 10. Hoffmeister: Bruns'Beitr. XXIII. 1899. 11. Imbert: Ztrbl. f. Chir. 1922. nr. 26. 12. Julliard: La Presse Méd. 1920 nr. 76. 13. Konjetzny: Ztrbl. f. Chir. 1925 nr. 49. 14. Koenig. Lexer, Wrede Bier-Braun-Kuemmel Chir. Operationslehre. I/518. 1922. 15. Krueger Arch. f. Chir. CXVIII. 261. 1921. 16. Knaags Brit. Journ. of. Surg. XIII/50. 206. 1925: 17. Lohmann Dissertation Tuebingen. 1919. 18. Lorenz Deutsch. Zeitschr. f. Chir. VII. 73. 19. Malerba: Ztrorg. f. Chir. XXI. 287. 20. Martin Brit. Journ. of. Surg. Hyperostosen d.Schaedels. Wien 1924. 23. Neff. Ztrorg. f. Chir. XIV. 413. 24. Niosi ibid. XV. 103. 25. Perthes. Ztrbl. f. Chir. 1922. 1540. 26. Perthes: Handbuch d. prakt. Chir. Garré-Kuettner-Lexer 1921. I. 943. 27. Ranke Arch. f. Chir. XXXII 525. 1885. 28. Riedel Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1907. I. 147. 29. Schramm H. Lw. Tygodnik Lek. 1921. 30. Voelker Verhandl. d. d. Ges. f. Chir. 1907 I. 147. 31. Werner Arch. f. Chir. LXXV. 1905. 32. Wilhelm Surg. Gynec. Obst. XLI/5. 642.1925.

Dział streszczeń.

UWAGI W SPRAWIE WYJMOWANIA ZĘBÓW. W Związku brandenburskich lekarzy-dentystów wygłosił ciekawy odczyt profesor Zilkens (Kolonja) w dniu 29 stycznia 1928 r. W razie jeśli krwawi naczynie w kości, należy przy pomocy jakiegokolwiek narzędzia np. upychadła do złota, przycisnąć ściankę kostną do naczynia kilkoma lekkiemi uderzeniami. Krwawienie w takich razach zazwyczaj szybko ustaje. Na podstawie długoletniego doświadczenia zaleca Zilkens przy rezekcjach używanie świdrów zamiast dłuta. Zdjęcia rentgenowskie należy zawsze oglądać przez lupę. Można w ten sposób zaobserwować szczegóły, które nie zostały zauważone bez użycia tejże. Przy usuwaniu dolnych trzonowców radzi Zilkens stosować metodę podaną przez Sauvlet'a: świdruje się w odległości 2 do 3 mm. od szyjki zęba po stronie policzkowej okienko w kości, przez które można wprowadzić między korzenie dźwignię. Wówczas daje się łatwo wysunąć ząb z zębodołu. Do tamponowania używa się tamponów, nasyconych roztworem Chlumsky'ego; skład tego roztworu jest następujący: Acid. carbol. cristall. 30,0; Camphor. trit. 60,0; Alcoholi absol. 10,0. Do opatrywania ran po usunięciu zębów znakomicie nadaje się jodalcet. Bóle znikają po zastosowaniu tego preparatu bardzo szybko. Przed usuwaniem zębów mądrości, przy którem spodziewamy się pewnych trudności, należy zawsze wykonać zdjęcie rentgenowskie danego zęba. Jeśli na zdjęciu przewody korzeniowe są niewidoczne, dowodzi, że dany ząb jest obrócony koło osi. (Zche R. 9. 1928). *N. Gr.*

Strauss H. prof. dr. med. WPŁYW LECZENIA KLIMATYCZNEGO ORAZ BALNEOLOGJI NA ZABURZENIA W PRZEMIANIE MATERJI ZE SZCZEGÓLNEM UWZGLĘDNIENIEM PARADENTOZY („Paradentium" 1929/2).

Istnieje ścisły związek pomiędzy zaburzeniami w przemianie materji a chorobami zębów. Już oddawna czyniono cukrzycę (diabetes) odpowiedzialną za paradentozę. Ostatnio ramy zaburzeń w przemianie materji w stosunku do

paradentozy znacznie się rozszerzyły. Gdy chodzi o zaburzenia te, rozróżniane są zasadniczo — zaburzenia w przemianie materji wogóle oraz poszczególne jego formy: zaburzenia w przemianie białkowej, węglowodanowej, tłuszczowej, ciał purinowych, ostatnio zaburzenia w przemianie witamin. Co się tyczy zagadnienia przemiany materji, to ważnemi czynnikami są gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem oraz wegetatywny (autonom) system nerwowy. Gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem regulują przemianę materji oraz są w ścisłym wzajemnym stosunku z wegetatywnym systemem nerwowym, który prócz tego ma swoje ośrodki w mózgu. Wszak niejednokrotnie udało się stwierdzić klinicznie związek pomiędzy wydzielaniem cukru a czynnikami psychicznemi. Ostatnio stwierdzono zaburzenia w przemianie materji w związku z encephalitis epidemica, choroba Basedowa (w stanie ostrym) w związku z wstrząsem psychicznym.

Gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, wegetatywny system nerwowy oraz konstelacja jonów są ze sobą w ścisłej współpracy. F. Kraus ujął te 3 czynniki pod pojęcie „System wegetatywny". Stanowią one punkty chwytne oraz drogi, któremi kroczy wpływ leczenia klimatycznego oraz balneologicznego. Jeśli chodzi o gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, należy pamiętać, że wpływ ich na zaburzenia w przemianie materji rzadko kiedy ogranicza się do działania pojedynczego narządu, najczęściej zachodzi wpływ większej ilości tych gruczołów, które ze sobą współdziałają względnie przeciwdziałają.

Klimat jest kompleksem pojęć, którego działanie zależne jest od promieni pozafioletowych, od ciśnienia powietrza i jego ruchów, temperatury oraz zjawisk elektrycznych. Promienie ultrafioletowe z trudnością przenikają powietrze, w którem jest dużo kurzu, dlatego też sądzimy, że ich wpływ bardziej przejawia się w górach i nad morzem. Jak wielki jest wpływ tych promieni wykazało ostatnie badanie nad krzywicą. Dobroczynny wpływ przejawia się nietylko przy naświetlaniu chorych samych, lecz mleka przez tych chorych spożywanego, a nawet krowy, których mleko się spożywa. Stąd wcale nie będzie dziwnem, jeśli mleko krów, przebywających w miejscowościach górzystych zawiera więcej substancyj antirachitycznych. Działanie klimatu na organizm idzie poprzez skórę. Podrażnienia zakończeń nerwowych w skórze mogą na drodze odruchu mieć daleko idący wpływ na narządy wewnętrzne. Przez działanie na nerwy naczyniowe można częściowo wywołać zmianę w krążeniu. Nowsze badania wykazały, że skóra jest samodzielnym narządem przemiany materji i może na podniety zewnętrzne odpowiedzieć przez produkowanie substancyj, które na drodze krwiobiegu wpływają na przemianę materji.

Tak samo przy kąpielach mineralnych; chemiczne i fizykalne podniety poprzez skórę (dzięki własności tej ostatniej) wywołują odpowiednie podniety oraz zmiany w krążenu (dzięki nerwom naczynioruchomym), również powodują wytwarzanie pewnych hormonów. Częściowo dochodzi do wessania pewnych w wodzie rozpuszczalnych substancyj. Picie wody mineralnej daje efekt przez wessanie rozpuszczonych w wodzie soli mineralnych; do tego dochodzi odpowiednia temperatura oraz sam dopływ do organizmu płynu. Nie bez znaczenia są własności chemiczne i fizykalne rozpuszczonych w wodzie substancyj. Przyczem decyduje nie ilość; często wpływ jest już widoczny przy najmniejszej ilości.

Terapja inhalacyjna ma małe znaczenie przy zaburzeniach w przemianie materji.

Wpływ leczenia klimatycznego oraz balneologicznego na przemianę materji wyraźnie stwierdzić można przez rozwój dzieci, przebywających w górach i nad morzem, doświadczenia nad odmładzaniem, dalej wyniki przy chorobie Basedowa.

Wybór miejscowości należy w każdym przypadku indywidualizować.

Doświadczenia uczą, że przez działania na cały organizm uzyskuje się pewny wpływ na gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem oraz na system nerwowy negatatywny.

Lecznictwo ostatnich czasów dąży do leczenia poszczególnych narządów drogą wpływu na cały organizm. Nauka o konstytucji ustroju zyskuje coraz trwalsze podstawy.

Dr. M. Kalisz (Łódź).

W SPRAWIE ZAKAŻENIA USTNEGO *(t. zw. oral sepsis).* Zdaniem Morawitz'a, zakażenie, wychodzące z zębów, odgrywa bardzo nieznaczną rolę; zaobserwował on tylko jeden przypadek, w którym długotrwała gorączka ustąpiła po usunięciu chorych zębów. Znacznie ważniejszą rolę mają migdałki, których usunięcie daje najlepsze wyniki w stanach septycznych, rozwijających się na tle niewyjaśnionem. W rozsianych zapaleniach nerek o charakterze przewlekłym usunięcie migdałków okazało się bezskutecznem, w ostrych wynik był wątpliwy, natomiast zupełnie pewny w ogniskowych zapaleniach nerek w połączeniu ze znaczną ilością krwi w moczu, również przy przewlekłych zapaleniach migdałków o powkłaniu w postaci zapalenia wsierdzia może ustąpić długotrwała gorączka po usunięciu tychże. Niepewne są wyniki zapobiegawcze wyłuszczenia migdałków przy zapaleniu stawów na tle reumatycznem.

Hille wspomina o znaczeniu ziarniniaków zębowych jako stref ochronnych; zależnie od ich stanu, różne są możliwości rozprzestrzeniania się drobnoustrojów. Obserwując polepszenia w pewnych chorobach po przeprowadzonej sanacji jamy ustnej, które traktuje się czasem jako skutek właśnie tych zabiegów w jamie ustnej, należy również uwzględnić korzyści, w każdym razie osiągane przez sanację jamy ustnej. Pfaff jest zdania, że nie należy lekceważyć niebezpieczeństwa zakażenia ustnego, jakkolwiek dążenia amerykańskich dentystów do usuwania wszystkich zębów, pozbawionych miazgi, jest przesadą; widzi on w prawidłowem leczeniu korzeni i ich wypełnieniu najpewniejszy środek do usunięcia niebezpieczeństwa infekcji ze strony korzeni zębowych, dotkniętych przewlekłym stanem zapalnym. (Klinische Wochenschrift nr. 9 r. 1928; Zche R. 1929 r. s. 212).

N. Gr.

STOMATITIS ULCERO-MEMBRANOSA NA TLE ZĘBOWEM. Chorobę tę zgodnie z nowoczesnemi badaniami opisuje dr. Ramorino (ze szpitala Lambroisiere w Paryżu; La Stomatol. nr. 2 1928 r. Z. R. 7. 1929).

W r. 1859 opisał Bergeron chorobę zwaną odtąd przez szkołę francuską chorobą Bergeron'a. Występowała ona epidemicznie w armjach, a w roku 1838 została stwierdzona przez Taupik'a również w szpitalu dla dzieci. Zawsze lub prawie zawsze występuje ona epidemicznie o charakterystycznych objawach na śluzówce, dziąsłach i migdałkach. Objawy te określono również nazwami: stomatis ulcero-membranosa, diphteritis buccalis, stomatitis gangraenosa i t. d. W r. 1898 Vincent wykrył zarazki tej choroby (bacillum fusiformi). Ta prawdziwa *angina Vincent* jest identyczna pod względem bakterjologicznym z cho-

robą zwaną stomatitis ulcero-membranosa, tylko umiejscawia się na migdałkach i przedniej części gardła, podczas gdy stomatitis ulcero-membranosa zajmuje dziąsła, dno jamy ustnej i przednią część podniebienia. Uważamy więc obydwa schorzenia jako różne objawy kliniczne tej samej choroby. Autor zajmuje się następnie drobnoustrojami jamy ustnej, dzieląc je na następujące rodzaje: spirochaeta buccalis communis, spir. buccalis intermedia i spir. buccalis tenuis, uważa je wszystkie za jeden gatunek, a różniące się między sobą czasem ich rozwoju oraz siłą jadowitości. Stomatitis ulcero-membranosa cechuje się stanem zapalnym całej śluzówki policzków, a przedewszystkiem pewnych jej punktów: przy zębach mądrości, przy korzeniach ze zgorzelą miazgi, przy dolnych przednich zębach, pokrytych osadem nazębnym. Dziąsło jest zabarwione sinawo i nabrzmiałe; na śluzówce występują powierzchowne owrzodzenia średnicy 3 do 5 mm., pokryte szarawym nalotem; brodawki międzyzębowe pozbawione są nabłonka i nabrzmiałe; dziąsło jest bolesne przy dotknięciu i łatwo krwawi; gruczoły są powiększone; ślinociek znaczny; przykry zapach z ust; czasami podwyższona temperatura. Choroba może również dawać objawy jednstronne, określone przez Bergeron'a jako stomatitis unilateraralis. W niektórych przypadkach chroba może przejść w stan podostry lub przewlekły, w tych przypadkach leczenie miejscowe jest oczywiście bezskuteczne. W zwykłych przypadkach objawy ustępują po zastosowaniu leczenia specyficznego względnie szybko; po 10 do 30 dniach następuje restitutio ad integrum. Na początku choroby wykazuje badanie bakterjologiczne znaczną ilość drobnoustrojów, mianowicie ziarenkowców, gronkowców i pneumokoków. Prognoza jest zawsze dobra. Leczenie musi być miejscowe i ogólne. Miejscową przyczynę (ostre brzegi, kamień nazębny i t. d.) należy przedewszystkiem usunąć. Środki leczenia stosowane są różne. Dwa z nich wydają się autorowi najskuteczniejszemi: 1) novarsenobenzol stosowany miejscowo w roztworze wodno-glicerynowym (novarsenobenzol 0,50; aquae dest. 30 kropel, glycer. 10 ccm.), lub dożylnie w małych dawkach z krótkiemi przerwami; 2) błękit metylenowy, podawany w stanie stałym lub w wodnym roztworze; jego wadą jest to, że zabarwia tkanki. Jeśli wchodzą w grę przyczyny ogólne, oczywiście, należy je poddać odpowiedniemu leczeniu. *N. Grubner.*

Odgłosy.

Firmanci wyższego gatunku.

Gdyby u nas się znalazł amator, który zechciałby zestawić dzieje partactwa dentystycznego w Polsce, miałyby on, zdaje się, zadanie łatwe do rozwiązania. O materjał tu niezbyt trudno. Jest on tak obfity, różnorodny i ciekawy, iż bez wszelkich komentarzy dziejopisarz stworzyłby dzieło poważne, zaś przyszłe pokolenie praktyków dentystycznych nie bez pewnego zainteresowania nieraz zastanawiałoby się nad przebiegłością, mądrością czy też głupotą, nad otępieniem czy też chytrością, niesumiennością czy też zdolnościami oszukańczeni wielu swoich poprzedników. Walkę z tymi „pomysłowcami" toczono u nas już od pierwszej chwili powstania polskiej prasy dentystycznej. Pomimo, iż walka ta nie spodobała się niektórym osobom, być może, zbyt wrażliwym, nie spostrzegającym belki we własnem oku, jednak zrobiło się aż

nadto wiele. Walka, wprawdzie, dotyczyła b. Kongresówki resp. wszelkiego rodzaju przedstawicieli naszego zawodu bez różnicy stopnia naukowego. Jednak i innym b. Zaborom, jak stwierdzić można, nie obca jest działalność przeróżnych „dobroczyńców" ludzkości, do których należą nietylko dentyści, lecz i medycy z wyższym stopniem lekarskim. Zwłaszcza w Małopolsce spotykane są typy z pośród tego rodzaju przedstawicieli zawodu lekarskiego, które, widocznie, odrębne mają pojęcie o etyce. Prawda, o ich „działalności", niewiadomo dlaczego, niewiele dowiadujemy się z naszych pism dentystycznych. Tymczasem rzecz istotnie nie przedstawia się zbyt skromnie.

Wyławiając z pism lekarskich wszelki materjał w omawianej sprawie, który rzuca jaskrawe światło na postępowanie niektórych *d-rów wszech nauk lekarskich w Małopolsce* i który nasze dziejopisarstwo o partactwie dentystycznem uzupełni, należy się zatrzymać na artykułach d-ra Raczyńskiego ze Stanisławowa (P. G. Lek.) i dra Allerhanda ze Lwowa (tamże). Aczkolwiek prace te, dotyczące partactwa dentystycznego, nie pochodzą z ostatniej chwili, jednak dla nas są nader ciekawe i zasługują na zaznaczenie.

Jak już poniekąd wiadomo, w b. Zab. Austrjackim wyrabianie zębów sztucznych było przemysłem, który wymagał koncesji, podobnie, jak otwarcie kawiarni, stolarni, ślusarni i t. p. Natomiast nie wolno było technikowi dentystycznemu podejmować jakichkolwiek zabiegów w niezupełnie zdrowej jamie ustnej. Jednak w praktyce działo się zupełnie inaczej. Technik dentystyczny, otrzymawszy koncesję, wykonywał zabiegi krwawe, częścią z chęci zysku, częścią dlatego, że działy zębolecznictwa tak ze sobą są złączone, że oddzielić się nie dadzą, bowiem, chcąc np. sporządzić ząb ćwieczkowy, należy korzeń odciąć i poddać leczeniu, więc chory musiałby dla leczenia korzenia chodzić do lekarza-dentysty, a dla zrobienia sztucznego zęba do technika.

Gdy lekarz powiatowy kontrolował czynności technika i groził odebraniem koncesji lub doniesieniem do sądu o partactwo lekarskie, była na to rada. Oto pojawia się anons: „*zakład dent.-techniczny poszukuje lekarza*"; chętny zaraz się znalazł, i zostało zawiązane przedsiębiorstwo. I w ciągu nocy zmienił się szyld, dotychczasowy *zakład dentystyczno-techniczny X. Y.* zmienił się na *zakład lekarsko-dentystyczny dra Z.* I działo się tak, że w tem samem mieście, przy tej samej ulicy, były dwa szyldy: dra X. Y. ord. w chor. wewn. od g. 2 4, a o sto kroków dalej: Zakład dentystyczny d-ra tego samego nazwiska, godziny przyjęć te same, czyli, że *jeden człowiek był obecny w tym samym czasie w dwóch miejscach*.

Przykład: wdowa po urzędniku sądu znalazła się bez chleba na bruku wiedeńskim. Znalazła miejsce jako „panna podręczna" w jednym z zakładów lekarskich. Powróciwszy po 9-ciu miesiącach do swego miejsca zamieszkania, mając te „studja" za sobą, otwiera zakład dentystyczny. Gdy przypadki podobne zaczęły się ujawniać, i gdy lekarz powiatowy wejrzał w tę sprawę znalazł się *lekarz-ginekolog*, który pozwolił, aby szyldzik opiewał na jego nazwisko. I rzecz załatwiona. Panna podręczna mogła dalej „leczyć" i nieść pomoc cierpięcej ludzkości. Po śmierci ginekologa objął tę rolę inny lekarz, i nic nie przeszkadzało, że lekarz ten był równocześnie lekarzem kolejowym z siedzibą w innem mieście.

Lekarz X. Y. pewnego dnia powiada sobie: Co mi to szkodzi zwiększyć moje dochody bez żadnej pracy i wysiłku — otworzę Zakład dentystyczny. Nic łatwiejszego w świecie. Nabywa krzesło dentystyczne, kleszcze i inne na-

rzędzia, a ponieważ sam nie wiedział, co do prowadzenia zakładu było potrzebne, znalazł się usłużny reprezentant firmy, który już setki takich spraw załatwiał, on wybierał potrzebne narzędzia, i zakład gotów.

Otworzyć zakład szewcki, krawiecki — rzeczą było daleko trudniejszą, trzeba było przedłożyć Starostwu świadectwo uzdolnienia, starać się o koncesję, tu o uzdolnienie nikt nie pytał, byleby były literki: „Dr. Med." Ukazał się następnie inserat w gazetach: „poszukuje się technika dentystycznego, pracującego samodzielnie w operatywie"; taki się zgłaszał; dawało mu się szumny tytuł „asystenta", i zakład gotów. Jeśli dający firmę miał czas i ochote, przypatrywał się temu, co „asystent" robił, a ponieważ sam nie miał żadnego wyszkolenia, więc nie wiedział, co się robiło i czy się dobrze robiło. Ponieważ równocześnie był np. lekarzem kolejowym, lekarzem Kasy Chorych, a że sam był amatorem polowana (autentyczne), więc nie miał czasu nawet na to, aby od czasu do czasu zajrzeć, co „asystent" robił. „Asystent" zwolna stał się panem sytuacji, kazał się tytułować „doktorem", wykonywał zabiegi krwawe, słowem wszystko.

W wojewódzkiem mieście, w Małopolsce, umiera lekarz-dentysta. Wdowa po zmarłym umieszcza w miejscowem dzienniku inserat: *„Zakład dentystyczny po zmarłym doktorze G. prowadzony będzie nadal pod fachowem kierownictwem"*. Fachowe kierownictwo — to...technik dentystyczny. Gdy wejrzał w to lekarz powiatowy, znalazł się kapitan-lekarz, który wziął na siebie rolę właściciela zakładu. Jak to się urządzało, że równocześnie był w szpitalu wojskowym i w zakładzie, to jego tajemnica. Literze prawa stało się zadość.

Więcej miejsca tym firmantom dentystycznym, zajmującym poważne miejsca w dziejach partactwa dentystycznego w Polsce, poświęca dr. Allerhand ze Lwowa (l. c.). Uwagi jego zasługuja na zaznaczenie.

„Dam firmę, ewentualnie lokal, technikowi dentyście. Zgłoszenia pod „Doktór" do Administracji pisma". Któż to jest ten „doktór", który da lokal, ewentualnie firmę, ewentualnie jedno i drugie, a może i więcej: sumienie, honor, uczciwość zawodową — wszystko, jednem słowem, na co go stać, byleby kupujący nie skąpił talarów.

Był sobie stary lekarz, który, straciwszy praktykę z powodu starości, nie posiadając innego „ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy", wynajmował swój dyplom technikowi dentystycznemu, który nie posiadał wymaganych ustawą warunków na otwarcie samodzielnego zakładu techniczno-dentystycznego. Za skromnem wynagrodzeniem — lekarz taki, który przez całe życie był np. omnibusem i o dentystyce nie miał pojęcia, zezwalał na to, że zakład dentystyczny, w którym jedynym właścicielem i faktycznym pracownikiem był nieuprawniony technik dentystyczny, podczas gdy lekarz był tylko biernym widzem i słuchaczem, wprowadzając w błąd publiczność i władze sanitarne, przymykające na ten proceder jedno a czasem nawet i oba oczy.

Takie firmowanie przez nieuczciwych lekarzy czyni wysoce problematycznym dalszy rozwój stomatologji u nas i odstrasza liczne rzesze młodych lekarzy od zajmowania się tą gałęzią medycyny, również wprowadza dezorganizację wśród kół lekarskich i obniża wśród szerokich sfer ludności prestige moralny stanu lekarskiego. Znamiennym jest faktem, że szeregi firmantów rekrutują się przeważnie z lekarzy młodych, którzy, stosunkowo niedawno ukończywszy studja lekarskie, zamiast w uczciwy sposób starać się o wywalczenie sobie poczetnego stanowiska w świecie lekarskim, zamiast zakasać rękawy i zacząć

od skromnych początków, odrazu pragną przysporzyć sobie dochodów, nie przebierając zupełnie w środkach.

Sporo jest techników dentystycznych, którzy wolą urządzić sobie zakład nielegalny i rozpocząć partactwo dentystyczne bez wielkich ceregieli. Więc umieszcza się anons w pismach codziennych następującej treści: „*Zakład dentystyczny poszukuje lekarza*". Na anons taki zwykle są liczne zgłoszenia, i nowe przedsiębiorstwo wkrótce może prosperować na szkodę leczącej się publiczności, a na większą chwałę partactwa. Podczas, gdy w zwalczaniu partactwa zgodni są wszyscy lekarze, to w tem specyficznem partactwie dentystycznem cechą charakterystyczną jest fakt, że partactwo to umożliwiają i popierają sami lekarze. Taki bowiem firmant interesuje się jedynie stroną finansową przedsiębiorstwa, do którego założenia się przyczynił, poza tem zajmuje się zupełnie czem innem, jest lekarzem szpitalnym, sądowym, uprawia praktykę prywatną w innych działach, a o dentystyce wie tyle, co pamięta z obowiązkowego kursu dla medyków, którego słuchał z konieczności, by otrzymać absolutorjum. Czasem jednak posiada aspiracje wyższe, pragnie swe wiadomości z zakresu dentystyki rozszerzyć i wtedy staje się uczniem technika dentystycznego, któremu użycza swej firmy. Fakt bardzo paradoksalny, a jednak prawdziwy. Rolę nauczyciela obejmuje osobnik, w którego wiadomościach fachowych jeszcze nie jedna luka się znajduje, który nie posiada nawet wymaganych ustawą warunków na prowadzenie zakładu techniczno-dentystycznego, a w sprawach dentystyki zachowawczej i operacyjnej jest zupełnym analfabetą. Takie zakłady firmowane rozmnożyły się w całej Małopolsce, zwłaszcza we wschodniej części kraju. Obecność ich stanowi groźne niebezpieczeństwo; wszystkie placówki w mniejszych miastach prowincjonalnych, które przy normalnym rozwoju stosunków mogłyby zostać obsadzone przez młodych adeptów dentystyki, rozporządzających odpowiedniem przygotowaniem, są zajęte przez zakłady firmowane, tak, że nikt nie ma ochoty podjąć walkę konkurencyjną w warunkach prowincjonalnych z zakładem partackim, pracującym za każdą cenę i uniemożliwiającym w ten sposób żądanie odpowiednich do porządnej pracy honorarjów.

Jako konieczny środek zaradczy, zdaniem d-ra Allerhanda, potrzebne tu są oprócz energicznych zarządzeń władz sanitarnych, powołanych do czuwania nad zdrowiem ludności, także odpowiednie sposoby postępowania ze strony lekarzy samych i ich zrzeszeń. Prócz akcji Izb Lekarskich przedewszystkiem do sanacji tych zabagnionych stosunków muszą sami lekarze w imię godności stanu lekarskiego, w imię czystości etyki lekarskiej, stanowiącej klejnot zawodu lekarskiego, wypowiedzieć swój sąd potępiający o jednostkach, które z chęci zysku zaprzepaszczają dobre imię całego zawodu. Postępki, wypływające z pewnego rodzaju „moral insanity", muszą być odpowiednio napiętnowane, a popełniający je również winni ponieść konsekwencje towarzyskie i społeczne.

Najważniejszym środkiem, prowadzącym do upragnionego celu, muszą być przepisy ustawodawcze. Dopóki niema ustawy o specjalizacji lekarskiej, dopóty dyplom lekarza wszech nauk lekarskich, dający zasadniczo prawo do wykonywania wszystkich bez wyjątku czynności lekarskich, jest parawanem, za którym kryją się firmanci, lecz nie wolno przytem zapominać, że praktykę lekarską winien lekarz wykonywać osobiście, bezpośrednio i faktycznie! Całkiem to co innego wynająć swój dyplom partaczowi, który pod jego osłoną bezkarnie broi. Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Pol-

skiem z 2.XII-1921 (Dz. Ust. R. P. Nr. 105, poz. 762) przewiduje w art. 8 wydanie osobnej ustawy, mającej normować specjalizację lekarską. Dotychczas takiej ustawy jeszcze nie mamy, mimo, że od uchwalenia powyższej ustawy minęło już prawie lat kilka.

Nie może to też dziwić, jak zaznacza dr. Allerhand, sprawa bowiem uregulowania ustawodawczego specjalizacji lekarskiej jest sprawą niezmiernie trudną, mając do przezwyciężenia zarówno tradycje wieloletnie, jak i wiele trudności zasadniczych. Jest ona jednak w dzisiejszych stosunkach konieczna. Żądanie obowiązkowej specjalizacji w dentystyce (stomatologji) studjów specjalnych i egzaminu specjalizacyjnego nie oznacza żądania dla dentystyki jakichś przywilejów specjalnych, mających ją odróżnić od innych gałęzi medycyny. Żądanie to jest wywołane koniecznością życiową, gdyż w żadnym innym dziale medycyny tak się nie szerzy partactwo lecznicze, częstokroć przez samych lekarzy umożliwiane, dzięki brakowi konkretnych przepisów prawnych. Sprawa specjalizacji musi doznać uregulowania! I pierwszy krok w tym kierunku musi zostać uczyniony przez instytucje najbardziej do tego powołane, przez samorządne organizacje lekarskie: przez Izby Lekarskie.

Iby Lekarskie są na razie aż do wejścia w życie odpowiedniej ustawy specjalizacyjnej jedynie powołane do osądzania tytułu prawnego danej jednostki do mianowania siebie „specjalistą“, i do wykonywania praktyki specjalizacyjnej. Z ich łona winny też wyjść propozycje, w jaki sposób sprawa ta ma zostać ustawodawczo uregulowana. Nie brakowało w tym kierunku usiłowań także zagranicą. Wiedeński Związek Lekarzy - Specjalistów opracował szemat projektu, który zawiera wytyczne dla ustawodawczej ochrony tytułu specjlisty. Projekt ten zawiera kilkanaście punktów, dokładnie określających pojęcie specjalisty, praktyki specjalistycznej, warunki egzaminu specjalistycznego i t. p. Jeden z punktów obejmuje specjalne postanowienia dla dentystyki (stomatologji), jako specjalności oddzielnej dla siebie, tudzież wykonywanej razem z innemi pokrewnemi specjalnościami np. laryngologją.

Oto rozsądne rozumowanie specjalisty, który, odczuwając aż nadto ważne bolączki swej specjalności i widząc owe znaczne szkody, czynione społeczeństwu dzięki geszefciarskim spekulacjom przeróżnych firmantów, nawołuje do poważnego zastanowienia się.

Odnośne instytucje lekarskie, widząc grożące niebezpieczeństwo, zaczynają się poruszać. Izba Lekarska w Krakowie ogłosiła niedawno następującą odezwę:

Wobec coraz częściej zdarzających się przypadków udzielania firmy przez lekarzy osobom, nieuprawnionym do wykonywania praktyki lekarskiej, Zarząd Izby Lekarskiej widzi się zmuszony przypomnieć Kolegom ustawę z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem. Ustawa ta postanawia:

„Art. 2. Leczyć w Państwie Polskiem mogą jedynie osoby, uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej. Prawo wykonywania tej praktyki mają osoby, posiadające dyplom lekarski.

„Art. 2. Winni przekroczenia przepisów tej ustawy ulegną karze do sześciu tygodni i grzywnie“.

Zarząd Izby Lekarskiej przestrzega przeto kolegów nietylko przed ubliżającem godności stanu lekarskiego udzielaniem firmy, ale również przed powierzaniem w swoich ordynacjach lekarskich osobom, nieuprawnionym do wy-

konywania jakichkolwiek zabiegów lekarskich w jamie ustnej, jak np. plombowania, leczenia i wyjmowania zębów.

Należy się spodziewać, iż i inne tego rodzaju instytucje pójdą za powyższym dobrym przykładem. *K.*

Dop. Red. Z obowiązku kronikarskiego gromadzimy wszelki materjał, dotyczący partactwa dentystycznego w Polsce, gdziekolwiek ten nie zostałby ogłoszony. Rzecz prosta, nie przychodzi to łatwo, bowiem z tego lub innego powodu nie wszystkie źródła są dla nas dostępne. Czynimy to jednak w miarę możności, aby przedstawić czytelnikom całokształt obchodzącej zawód sprawy. Również przyszłemu historykowi materjał ten przyda się i ułatwi mu orjentowanie się w każdej sprawie. Z powyższych względów przytoczyliśmy w obszerniejszem streszczeniu prace dwu powag w dziedzinie zębolecznictwa, zawierające ciekawy i cenny materjał kronikarski.

Wszelki materjał w omawianej sprawie prosimy o skierowywanie do nas, nie krępując się ani formą, ani stylem. Prace przysłane zamieścimy w miarę możności w czasie najbliższym.

Katedra stomatologji na Wszechnicy w Poznaniu.

Otwarcie kliniki stomatologicznej.

Jak wzmiankowaliśmy w poprzednim zeszycie (p. *Kronika Dentystyczna* zesz. 7 — 8 r. b.), dzięki staraniom dziekana Wydziału lekarskiego Wszechnicy w Poznaniu, prof. dr. Różyckiego, oraz prof. Cieszyńskiego (Lwów), którzy usilnie zabiegali o uzyskanie pewnych kredytów w Min. Wyznań Rel. iOśw. Publicznego, na Wszechnicy w Poznaniu utworzono *Katedrę Stomatologiczną.*

Trzeba przyznać, iż w realizowaniu rzuconego projektu bardzo wiele przyczynił się prof. Cieszyński; nie ustawał on w swoich zabiegach u władz centralnych, które stale przekonywał o ważności i konieczności tej potrzebnej placówki naukowej. Cenimy, my wszyscy, tych, którzy w ten lub inny sposób przyczyniają się do podniesienia zębolecznictwa w Polsce w szeregu innych specjalności lekarskich. Wiemy również dobrze, na *jakim* poziomie pod względem naukowym stoi u nas dziedzina naszej specjalności. Nie mówiąc o większości przedstawicieli tej specjalności (dawnego i nowego typu), którzy prawie, że się nie interesują swoim zawodem, o ile sprawa nie dotyczy praktycznego wykonywania tegoż, ostatnie czasy niewiele sytuację polepszyły. Wiemy, *jak* np. wygląda prasa dentystyczna, *jak* nią się interesuje ogół tych przedstawicieli, *jak* minimalne są prace w tej dziedzinie; wiemy również, iż są tacy, którzy pomimo wielu lat praktyki nie wiedzą o istnieniu specjalnych organów dentystycznych w języku polskim!! Nie mamy dotychczas podręczników dentystycznych; polskie mianownictwo dentystyczne wcale nie jest brane pod uwagę i nadal koszlawione jest nawet przez uważających siebie za powagi; *nie budzi ono dotychczas żadnego zainteresowania.* A dzieje się bezwzględnie krzywda językowi i piśmiennictwu naszemu. Nie mamy specjalnej naukowej placówki, gdzie mogłyby być opracowywane tematy tej lub innej treści. Wiemy wreszcie, jak dotychczas tworzyli się t. zw. stomatolodzy; przeważnie lekarze — młodsi, starsi, starzy przerzucali się z różnych specjalności po kilkutygodniowych resp. kilkumiesięcznych studjach. Tego rodzaju specjaliści sto-

matologiczni (nie *dentystyczni*, aczkolwiek pracowali wyłącznie na zębach— gorzej lub lepiej) niewiele przyczynili się do podniesienia pozomu zębolecznictwa w Polsce, tak pod względnem naukowym, jak i praktycznym.



Dążenie więc sfer miarodajnych do tworzenia *prawdziwych* stomatologów, którzy podnieśliby godność zawodu, jak również poziom praktyczny i naukowy, jest zupełnie słuszne i celowe. W tych właśnie usiłowaniach i dążeniach w imię dobra specjalności i społeczeństwa prof. Cieszyński (Lwów) wiele przyczynił się do pomyślnego rozwiązania sprawy. On, oddajemy każdemu swoje, jeden z newielu dokładnie zna wartość dotychczasowych stomatologów; wie również b. dobrze, czego od nich się wymaga i wymagać należy, aby mieć specjalistów należycie wyszkolonych, *zdatnych* do wykonywania tak poważnej specjalności. Prof. Cieszyński zna również dobrze te nieliczne u nas jednostki, pracujące z wielkiem wytężeniem na polu naukowem, które dzięki zamiłowaniu do swej specjalności, znajomości rzeczy, niezwykłej pracowitości

i skromności bezwzględnie zasługują na poparcie i zupełnie słusznie dla dobra sprawy wysuwane są bez oglądania się wokoło na stanowiska kierownicze. Tu bezstronność każe sprawiedliwie sprawę sądzić.

Reskryptem z dnia 22 czerwca 1929 r. nr. IVS.W.—6214/29 Min. Wyznań Rel. i Ośw. Publ. zatwiedziło uchwałę Senatu Akademickiego Wszechnicy Poznańskiej z dnia 31 maja 1929 r. na stanowisku zast. profesora katedry stomatologicznej st. asystenta katedry stomatologicznej Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie (prof. A. Cieszyński) *lekarza-dentysty Józefa Jarząba* w pełnym wymiarze obowiązków nauczycielskich.

Zast. prof. Józef Jarząb urodził się dnia 10 marca 1889 r. w Krużlowej koło Nowego Sącza w Małopolsce. Uczęszczał do gimnazjum w Nowym Sączu. Od wczesnych lat miał wielkie zamiłowanie do nauk przyrodniczych; to też, po otrzymaniu świadectwa dojrzałości w r. 1913, zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie.

Niestety, po 2 latach musiał studja przerwać z powodu wybuchu wojny światowej i powołania go do służby wojskowo-sanitarnej. W służbie tej wobec braku lekarzy powierzono mu czynności nader odpowiedzialne i samodzielne, które zmuszały go do stałego pogłębiania i uzupełniania wiedzy lekarskiej.

Przez 3 lata bez przerwy był lekarzem bataljonowym w armji austrjackiej na froncie przeciwko Rosji. Po tym czasie wyczerpanego trudami frontowemi przydzielono go do Szpitala polowego, gdzie głównie pracował na oddziale chirurgicznym docenta dra v. Sajgo.

Z chwilą odzyskania niepodległości Polski przeszedł do wojska polskiego, również do służby sanitarnej, jako porucznik-podlekarz w szpitalach polowych. Wówczas przebył tyfus plamisty, zaś po powrocie do zdrowia pracował wyłącznie na oddziałach zakaźnych, zapoznając się przytem z pracą kliniczną i badaniami bakterjologicznemi.

W styczniu 1920 r. zwolniony został z wojska i przeniesiony do rezerwy w stopnu kapitana. Bawiąc wówczas jakiś czas w Warszawie, dowiedział się o powstaniu Państwowego Instytutu Dentystycznego, w którym po ukończeniu czteroletnich studjów Rozporządzeniem Min. Wyznań Rel. i Ośw. Publ. przewidziane jest uzyskanie stopnia doktora. Mając te informacje, wniósł prośbę o zaliczenie mu dotychczasowych studjów medycznych i przyjęcie go do Państwowego Instytutu Dentystycznego. W ten sposób już w lipcu 1922 r. uzyskał dyplom lekarza-dentysty.

Po otrzymaniu dyplomu lekarza-dentysty, w październiku tegoż roku mianowany został asystentem przy katedrze stomatologicznej Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie. Równocześnie po przybyciu do Lwowa zapisał się na Wydział filozoficzny (matematyczno-przyrodniczy) Wszechnicy J. Kaz. i poświęcił się głównie studjom antropologicznym i psychlogicznym, uzyskując 8 zaliczonych półroczy, t. j. 4 lata studjów. W Zakładzie stomatologicznym Wszechnicy J. K. godność pierwszego asystenta pełnił do października r. bież., a więc przez lat 7. Tu jako asystent pracował pod bacznem okiem niezmordowanego na polu dentystyki prof. Cieszyńskiego, początkowo na oddziale dentystyki zachowawczej, następnie chirurgji stmatologicznej. Prowadził ćwiczenia praktyczne dla studentów medycyny, a najbardziej uwydatnił zdolności pedagogiczne na kursach, urządzanych dla lekarzy podczas ferji. Czas wolny poświęcał pracy naukowej i ogłosił drukiem następujące publikacje:

R. 1925.

1) „Badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne działania presojodu na tkankę ziarninową przy przewlekłem i ostrem zapaleniu". *(Polska Dentystyka* r. 1925 str. 57 — 68; rys. 11).

2) „Czy torbiel korzeniowa może pochodzić od zęba ze zdrową miazgą?" *(Tamże:* 1925 str. str. 108 — 118).

R. 1926.

3) „Cement z tymolem Cieszyńskiego jako podkład pod wypełnienie". Wykład wygł. na II Zjeździe lekarzy-dentystów w lipcu r. 1925 *(Tamże* str. 1 — 15, rys. 8).

4) „Żywotność drobnoustrojów po odkażaniu przewodów korzeniowych" *(Tamże* 1926 str. 243 — 250; 1 tabl.).

R. 1928.

5) „Bakterjlogiczna ocena naszych rękoczynów podczas leczenia i wypełnienia korzeni ze szczególnem uwzględnieniem jałowości dmuchadła dentystycznego". Wykład wygł. na III Zjeździe stomatolog. w Krakowie w maju r. 1928. *(Tamże* r. 1928 str. 377 — 390).

R. 1929.

6) „Powikłania w czasie przebiegu leczenia ran". *(Tamże* 1929 str. 63 — 74).

7) „Klinicznie niestwierdzone kostniaki szczęki powodem utrudnionej ekstrakcji zębów". *(Tamże* 1929).

8) „Rentgenologiczne, histo-patologiczne i bakterjologiczne obrazy z uwzględnieniem siły zgryzu zębów po odcięciu wierzchołka korzeniowego". Wykład wygł. na Zjeździe lek. i przyrodników polskich w Sekcji Stomat. w Wilnie we wrześniu 1929 r. (ukaże się w *Polskiej Dentystyce).*

9) „Związek chorób jamy ustnej z chorobami ogólnemi w wieku dziecięcym". Opracowane jako wykład w T-wie Pedjatrów Poznańskich (ukaże się w *Gazecie Lekarskiej).*

Otwarcie Kliniki Stomatologicznej, mieszczącej się przy ul. Ratajczaka 14, nastąpiło dnia 21 paźdz. r. bież. dla użytku publicznego i kursu dla studentów (oficjalne uroczyste poświęcenie odbędzie się w styczniu r. b.).

Klinika w skromnych rozmiarach jest wzorowo urządzona. Zajmuje szereg nast. ubikacyj: 1) sala większa dla przyjęć; mieszczą się tu trzy nowoczesnej konstrukcji fotele Ritter-De Trey'a ze spluwaczkami i płuknicami wodociągowemi; w sali tej odbywa się codziennie ambulans ćwiczeń dla studentów, zaś od godz. 10-ej przyjmowani są pacjenci z dziedziny dentystyki zachowawczej; 2) salka operacyjna ściśle zastosowana i przeznaczona dla operacyj; 3) pokój dla chorych stałych, narazie na 3 łóżka; 4) pracownia techniczna, wyekwipowana w nowoczesne urządzenie; jest to pokój, w którym mają się specjalizować już od listopada r. bież. lekarze (są już zgłoszenia); 5) pokój o 2 oknach dla techniki klinicznej; 6) pracownia osobista prof. i bibljoteka; 7) duża poczekalnia dla pacjentów, zaopatrzona w meble gięte (niewyścielane), duży dywan na podłodze, gustowne firanki na oknach, kosz z kwia-

tami, lustro duże wiszące; 8) druga poczekalnia techniczna, mniejsza, również ładnie urządzona; 9) pokój dla sekretarki administracji; 10) pokój na pomieszczenie aparatu Roentgena najnowszej konstrukcji Rittera'a; do tegoż pokoju przylega mały pokoik dla rysownika wzgl. dla analiz klinicznych (moczu, krwi i t. d.); 11) ciemnia fotograficzna dość obszerna; 12) pokój dla hodowli zwierząt doświadczalnych; 13) łazienka dla chorych.

Zakład więc mieści w sobie wszystko i zajmuje całe 2-e piętro o centralnem ogrzewaniu. Dwa duże korytarze z szafami i szatniami dla lekarzy i studentów uzupełniają całość. Wszędzie, gdzie ma się kontakt z pacjentami — wszystko jest biało lakierowane. Urządzenie wykonane zostało w całości według rysunków i planów prof. Jarząba. Wszędzie dogodnie doprowadzony jest gaz; umywalnie są z ciepłą wodą, światło elektryczne i t. p. Należy dodać, iż Zakład Stomatologiczny zaopatrzony został w najnowsze specjalne urządzenia, aparaty, narzędzia (kliniczne, techniczne i in.), oraz niezbędne materjały i środki lecznicze.

Z okazji otwarcia Kliniki Stomatologicznej w dniu 21 paźdz. r. b. redakcja nasza pod adr. twórców katedry stomatologicznej oraz zast. prof. Jarząba wysłała odpowiednie depesze gratulacyjne.

Ze Zjazdów.

XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie (26 — 29 września 1929 r.).

22 Sekcja stomatologiczno-dentystyczna.

Zjazd rozpoczął się nabożeństwem w kościele św. Jana dnia 26.IX. r. b., o godz. 9 min. 30, na którem obecny był Pan Prezydent Rzeczypospolitej. Przy wejściu do kościoła ustawili się szpalerami korporacje akademickie. U progu świątyni powitali Pana Prezydenta ministrowie Składkowski i Staniewicz, marszałek Senatu Szymański, gen. Ruppert, szef. Dep. Służby Zdrowia Min. Spr. Wojsk., gen. Krok-Paszkowski, dyrektor Dep. Zdrowia, dr. Piestrzyński, oraz członkowie Komitetu Organiz. XIII Zjazdu.

O godz. 10 m. 30 Pan Prezydent Rzeczypospolitej przybył na uroczystość otwarcia Zjazdu do gmachu teatru „Reduta" na Pohulance.

Poza przedstawicielami Rządu, sfer naukowych i lekarzy z całej prawie Rzeczypospolitej w lożach pierwszego piętra zajęli miejsce lekarze jugosłowiańscy i estońscy.

Zjazd zagaił prof. Januszkiewicz, który w swem przemówieniu inauguracyjnem nakreślił historję zjazdów lekarzy i przyrodników oraz ich doniosłość. Mówca powitał w gorących słowach Pana Prezydenta, składając Mu wyrazy hołdu i podziękowanie za zaszczycenie Zjazdu swą obecnością. Po przywitaniu przedstawicieli Rządu, duchowieństwa, wyższych uczelni i państw obcych, zaproponował na rzeczywistego przewodniczącego Zjazdu prof. dra Gluzińskiego. Obecni przyjęli propozycję długotrwałemi oklaskami. Wiceprezesem Zjazdu obrany został prof. dr. Hoyer z Krakowa, sekretarzami profesorowie: dr. Kostkowski ze Lwowa i dr. Różycki z Poznania. Prezesami honorowymi obrani zstali: prof. prof.: Beck (Lwów), Dybowski (Lwów), Gnatowski

(Poznań), Grochmalicki (Poznań), Godlewski (Puławy), Hryniewiecki (Warszawa), dr. Ivkovic (Jugosławia), dr. August Kwaśnicki (Kraków), dr. Natanson (Kraków), dyr. dr. Puławski (Warszawa), prof. Sawicki (Warszawa), Siedlecki (Kraków), Marja Curie-Skłodowska, (Paryż), Świętosławski (Warszawa), gen. Sławoj-Składkowski, Min. Spr. Wewn., prof. Schramm (Lwów), Siemiradzki (Lwów), Sterling (Łódź).

Prof. dr. Gluziński zagaił obrady przemówieniem o dawnych zjazdach i warunkach, w jakich się odbywały, wyraził żal z powodu śmierci wielu kolegów i zaproponował uczcić ich pamięć przez powstanie z miejsc, co też uczyniono. Dając następnie wyraz radości, iż Zjazd gości znakomitego przyrodnika, Pana Prezydenta, zakończył okrzykiem na cześć Rzeczypospolitej i Jej Prezydenta.

Następnie w imieniu Rządu witał Zjazd pan Minister Spraw Wewnętrznych, gen. dr. Sławoj-Składkowski, w imieniu Rady Miejskiej i Magistratu m. Wilna — prezydent Folejewski, w imieniu Uniwersytetu Stefana Batorego — rektor X. Falkowski; w imieniu Akademji Umiejętności — rektor Marchlewski, w imieniu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i wszystkich polskich towarzystw przyrodniczych i lekarskich — prof. Kryński, w imieniu południowych słowian witał Zjazd dr. Ivkovic, następnie w imieniu Towarzystw naukowych w Dorpacie (Łotwa) witał Zjazd prof. Kuseb.

Po przemówieniach powitalnych zabrał głos prof. Ciechanowski, który przedstawił cele i zadania stałej delegacji zjazdów lekarzy i przyrodników.

Następnie odczyt programowy na temat: „Przemiana mterji w orgnizmach roślinnych i zwierzęcych" wygłosił prof. rektor Marchlewski.

Za punkt wyjścia prelegent wziął ciała optycznie czynne, t. j. skręcające płaszczyznę polaryzacji. Ciała te wytwarzane są obficie przez organizmy roślinne, organizmy zwierzęce nie są w stanie wytworzyć, a wszystkie te ciała organizmy zwierzęce pochłaniają w stanie gotowym z pokarmów roślinnych, czyli, że organizmy zwierzęce niezdolne są do tworzenia samodzielnie ciał organicznych z ciał nieorganicznych, a skazane są na jedyną drogę do uzyskania tych ciał, a mianowicie, na pokarm roślinny. To założenie doprowadziło do wniosku, że organizmy zwierzęce są późniejszem ogniwem ewolucji życia na ziemi.

Dalej prelegent podkreślił, że i na drodze syntezy laboratoryjnej dotychczas nie udało się otrzymać ciał optycznie czynnych, a zatem w chwili obecnej problemat pokarmów wyłącznie sztucznych, syntetycznie utrzymywanych drogą fabrykacji jest nierozwiązany. Jestto jedna z wybitnych różnic pomiędzy organizmami zwierzęcemi i roślinnemi.

Drugą analogiczną różnicą jest zdolność wytwarzania przez ciała roślinne wydzielin wewnętrznych gruczołów, związków, należących do grupy aromatycznej. Jak i w przypadku poprzednim, organizmy zwierzęce skazane są na czerpanie tych związków z pokarmów roślinnych, gdyż same nie są w stanie je wytworzyć.

Wreszcie witaminy, również jak ciała optycznie czynne i wydzieliny wewnętrzne gruczołów, wytwarzane są jedynie przez organizmy roślinne z wyjątkiem witaminy „D", wytwarzanej również przez organizmy zwierzęce (prof. Marchlewski stawia hipotezę, że witaminy należą do nader lotnych i subtelnych związków grupy aromatycznej).

Trzecią z kolei różnicą między przemianą materji u roślin i zwierząt jest sprawa hemoglobiny i chlorofilu. Prelegent udowodnił, że hemoglobina i chlorófil mają wspólne źródło ewolucyjnej, że oba te związki, tak ważną rolę odgrywające w procesie przemiany materji, pochodzą z filoerytryny, która, stojąc bardzo blisko do związków otrzymywanych na drodze syntetycznej — w laboratorjach, stanowi ogniwo pomiędzy ciałami organicznemi w ścisłem tego słowa znaczeniu a ciałami nieorganicznemi.

Jako ogólny wniosek z powyższych danych, prof. Marchlewski wyprowadził obraz ewolucji życia roślinnego z ciał nieorganicznych i następnie odszczepienie się grupy organizmów, które wreszcie po szeregu procesów ewolucyjnych stały się organizmami wyższemi — zwierzęcemi. Na szczycie tej drabiny stoi najdoskonalszy szczebel — organizm ludzki, który doszedł już do tego, że potrafi objąć rozumem cały ten olbrzymi proces.

Pan Prezydent Mościcki był obecny przez cały czas trwania przemówień i odczytu prof. Marchlewskiego.

Po skończonem posiedzeniu uczestnicy Zjazdu udali się na Zamkową Górę, gdzie złożono wieniec na grobie poległych w walce o niepodległość.

O godz. 13 nastąpiło otwarcie Wystawy przemysłu chemiczno-farmaceutycznego i wystawy etnograficznej w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej.

O godz. 16 rozpoczęły się posiedzenia w Sekcjach, których było 27. Wieczorem odbył się raut, wydany przez prezydenta m. Wilna w Sali Miejskiej, który zaszczycił swą obecnością Pan Prezydent Rzeczypospolitej.

Następnego dnia, t. j. 27 września, o godz. 10 r., na posiedzeniu plenarnem w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej prof. dr. Godlewski wygłosił odczyt p. t. „Starość i śmierć jako zjawisko biologiczne".

Na wstępie prelegent omówił obawę śmierci nietylko jako proces psychiczny u wyższych organizmów, ale także jako dążności wszelkich istot żyjących, częstokroć w sposób instynktowny, do takiego regulowania wszystkich czynności życiowych, aby uniknąć zagłady. Objaw ten da się zaobserwować nawet u pierwotniaków i wymoczków, istot stojących na najniższym szczeblu rozwoju. W razie jakiegoś naruszenia organizmu, automatycznie zachodzi proces restytucji. Instynkt życia istnieje wszędzie, gdzie istnieje samo życie. Każdy organizm leczy się zasadniczo sam, a lekarz powinien częstokroć jedynie pilnować, aby to samoleczniotwo mogło zachodzić w warunkach najbardziej sprzyjających.

Przechodząc do starzenia się, prelegent określił je jako dezorganizację zachodzącą między poszczególnemi częściami organizmu. Wynikiem tego zjawiska jest śmierć fizjologiczna, t. j. śmierć nie poprzedzona żadną śmiertelną chorobą. Jako dążność do nieśmiertelności, rozpatrywane muszą być wszelkie funkcje rozrodcze, gdzie u organizmów niższych zachowuje się cała materja, a u istot wyższych pewna jej część. Gdy istota jednokomórkowa przez podział tworzy dwa nowe osobniki, przestaje istnieć jako indywiduum tak, że jednocześnie z narodzinami nowych dwóch osobników następuje śmierć rodzicielskiego indywiduum. Śmierć taka zachodzi bez trupa, materja całkowicie zachowuje się w stanie żywym. Trwanie materji nie pokrywa się z wiecznością osobnika.

Proces życia jest skutkiem trzech przyczyn: procesów chemicznych, procesów fizycznych, i zapasu energji, a sama niezniszczalność życia musi być odróżniana od nieśmiertelności. Niezniszczalność życia zależy od zdolności roz-

rodczych, a te zaś zależą przedewszystkiem od dwóch przyczyn: od łączenia się poszczególnych osobników i od warunków, w jakim proces życia zachodzi. Prelegent oparł się tutaj na badaniach Baupré'go nad niższemi organizmami; osobniki, oddzielone od siebie i pozbawione możności łączenia się, zatracają wreszcie zdolność podziału.

Co do przedłużenia życia poszczególnych osobników, prelegent wysunął dwie metody: 1) zahamowanie dojrzewania, po którym następuje okres starości i 2) zapładnianie.

Przechodząc do organizmów wyższych, prelegent szeroko omówił materje, z których się organizmy składają, plazmę rozrodczą i plazmę stomatyczną i udowodnił, że jak jedna tak i druga w zasadzie jest nieśmiertelna i ani starości, ani śmierci nie podlega. Starość podzielić można na starość biologiczną, pochodzącą z przyczyn wewnętrznych i starość patologiczną, spowodowaną zjawiskami zewnętrznemi, jak niedpowiednie warunki, dysharmonję czynności organizmu i inne.

Składniki ustrojów posiadają energję potencjalną i nieśmiertelną, acz u wyższych organizmów nieśmiertelne komórki są zróżnicowane w zależności od tego, w skład jakich organów wchodzą. Narządy najmniej normalne obumierają pierwsze, co stwarza luki w organizmie i powoduje objawy starzenia się, dalej zatrucia organizmu przez bakterje, produkty gnilne, naruszenia organizmu przez zjawiska zewnętrzne stwarzają warunki do dalszego starzenia się i wobec tego starość.

Przedłużenie życia dałoby się uskutecznić za pomocą kilku metod, między innemi prelegent wymienił krzyżowanie, gdyż długowieczność jest dziedziczna, co zostało stwierdzone za pomocą doświadczeń na niektórych gatunkach organizmów niższych, oraz obniżenie temperatury, gdyż procesy chemiczne zachodzą w niższych temperaturach powolniej, a zatem i procesy życiowe wolnej i dłużej się odbywały.

Jednak śmierć jest dodatnim czynnikiem w procesie ewolucji, gdyż usuwa organizmy niższe i zamienia je nowemi osobnikami powoli co raz doskonalszemi. Człowiek, jako najdoskonalszy organizm z pośród żyjących, postęp swój zawdzięcza śmierci. Nie znaczą tu jednak, aby indywidua starsze niżej stały od młodszych, częstokroć człowiek, który przekroczył lata średnie doskonali się psychicznie i przyczynia się do rozwoju ludzkości.

Dzięki śmierci życie organiczne wciąż się doskonali, a cena życia nie jest zbyt wygórowana za ten rozwój i postęp, owocem którego jest ludzkość.

Odczyt swój prelegent zakończył deklamując wiersz Asnyka p. t.: „Wiersz do młodych".

O godz. 16 — 19 dn. 27 września odbywały się posiedzenia w Sekcjach, a o godz. 20-ej odbyły się dla uczestników Zjazdu przedstawienia w teatrach miejskch. (D. n.).

Z Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

Zgodnie z postanowieniem Rady Profesorów wzorem niektórych wyższych uczelni w Polsce dla kandydatów, pragnących wstąpić do Instytutu, w dniu 17 września r. bież. urządzono *wstępny egzamin kwalifikacyjny,* który miał na względzie niezależnie od posiadanej matury (lepszej lub gorszej) kandydata stwierdzić jego sprawność umysłową, zdolność orjentacyjną, ogólny

rozwój umysłowy i intelektualny oraz poziom wykształcenia ogólnego, otrzymanego po ukończeniu średniego zakładu naukowego. Warunki te miały decydować o zdolności poszczególnych kandydatów do studjów dentystycznych. Sam konkurs matur (nawet o stopniach celujących), jak praktyka stwierdziła, nie zawsze decydowała o tej zdolności.

Do egzaminu przystąpiło w dniu 17 września r. b. ogółem osób 338; w tej liczbie było 63 mężczyzn; większość więc jak w latach ubiegłych stanowiła kobiety; 50% kobiet przysłała prowincja.

Wśród tłumu zgłaszających się spotykały się znajome, wyrażające dosyć hałaśliwie swoją radość z okazji spotkania się; osoby z prowincji skupiały się przeważnie razem i wzajemnie sobie opowiadały okropne rzeczy o samym egzaminie — o tym przedewszystkiem. Odgadywano tematy, które miały być ogłoszone; słowem, panowało nadzwyczajne rozgorączkowanie.

Wśród kandydatek były osoby, które czyniły starania już nie po raz pierwszy (były m. in. po raz 3); były b. młodziutkie, które dopiero co opuściły ławy szkolne, a które, sądząc z pozoru (nietylko słabo rozwinięte fizycznie), czyniły wrażenie młodziutkich uczenic średnich klas szkoły ogólnokształcącej. Nie należy się rozwodzić, iż tego rodzaju osoby, fizycznie niedorozwinięte, nie bardzo nadają się do wykonywania zawodu dentystycznego, wymagającego, jak wiadomo, ciężkich warunków pracy (nawet w Kasach Chorych i ambulatorjach dentystycznych szkolnych, o które to stanowiska młode adeptki dentystyczne po części natychmiast po ukończeniu studjów usilnie się starają; nie mówimy o „pracy" w spółce z technikami dentystycznymi, która to praca *najczęściej* nie wymaga żadnego wysiłku, bowiem firmantki trzymane są zdala od *wszelkiej* pracy), kandydaci i kandydatki o oznaczonej godzinie po uprzedniem sprawdzeniu ich legitymacji, zebrali się w sali „Anatomicum" (ul. Chałubińskiego 5). Egzamin polegał na wykonaniu 2 zadań:

1. Streścić wykład „O budowie zęba" i opatrzyć go w odpowiednie rysunki.

2. Opracować wolny temat: „Czystość jako warunek zdrowia".

Czas, przeznaczony na opracowanie każdego z powyższych tematów wynosił 30 min.

Kandydaci wysłuchali w obecności komisji egzaminacyjnej powyższego wykładu prof. Konopackiego, następnie podzieleni na 3 grupy udali się do odpowiednich sal, w których mieli temat streścić. Po 15-minutowej przerwie został ogłoszony temat wolny.

Streszczenie tematu o budowie zęba miało stwierdzić, jak słuchacz potrafi korzystać z wykładu profesora i czy we względnie krótkim czasie zdoła go opracować. Najważniejszą zatem rzeczą było odpowiednie podejście do tematu i ujęcie go w pewną zwartą całość.

Egzaminem kierował prof. Madrakowski, Dyrektor Instytutu, który ściśle trzymał się czasu, danego do opracowania tematów; przyjęcie wypracowań, wręczonych po ustalonym terminie nie zostało uwzględnione bez wszelkich zastrzeżeń, pomimo nalegań petentów. Ze słów opuszczających salę kandydatek i kandydatów można było wywnioskować, iż sporo było takich maturzystek, które słabo orjentowały się w sytuacji, a więc należytego opracowania tematów nie można było się spodziewać. Wytaczano, rzecz prosta, szereg zarzutów (szybkie tempo wykładu o zębie prof. Konopackiego, rozciągliwość tematu wolnego, brak czasu, bezwzględność prof. Modrakowskiego i t. d.). Były

między innemi i *takie*, które słyszały prof. Konopackiego, twierdzącego, że człowiek ma 36 zębów (!!), aczkolwiek zaznaczył *po 16* w każdej szczęce, że zębów jest 3 rodzaje: mleczne, *przejściowe* i stałe! Wypytywano się wzajemnie o prawidłową pisownię niektórych wyrazów i t. d. Wielu wcale nie rysowało, ani też kolorowało, bowiem o tem nie miało zielonego pojęcia, pomimo, iż zilustrowanie wypracowania nawet kolorowo (!) było przewidziane zgóry. Wielu napisało bardzo niewiele, nie orjentowawszy się w sytuacji.

Zgóry można było się spodziewać, iż Komisja egzaminacyjna ze skontrolowaniem wypracowań będzie miała zadanie niełatwe do rozwiązania.

Podniecenie wśród kandydatek i towarzyszących im licznych osób — matek, ciotek, babek i t. d. — było nadzwyczajne. A i nie obyło się , rzecz prosta, jak zawsze w takich razach, bez różnego rodzaju plotek, ploteczek, upewnień, zapewnień tego lub innego rodzaju. Były również poglądy, iż egzamin — to tylko formalistyka. I, rzecz dziwna, wygłaszały tego rodzaju mniemanie przeważnie jednostki, które, sądząc już z wymiany zdań, można było twierdzić, iż *najmniej* mogły liczyć na przyjęcie do Instytutu, bowiem zgóry można było wydać właściwy sąd o wartości ich „wypracowań". Czyżby osoby te, nota bene, bardzo chełpliwe, istotnie liczyły na jakieś zbawienie nieboskie, które jakoś miało skutkować?...

Liczba przyjętych na r. akad. 1929/30 na I kurs przedstawia się, jak następuje:

1. Arciszewska Alina, 2. Ansorge Emilja Halina, 3. Anusiak vel Janusiak Zofja, 4. Antonowicz Irena Anna, 5. Bojarska Helena, 6. Butkiewicz Janina, 7. Brzostowska Janina, 8. Badura Jadwiga, 9. Bohusz Stefanja, 10. Borawska Hadasa, 11. Berger Ita, 12. Borkowska Fela, 13 Ber Regina, 14. Berebejczyk Rachil, 15. Berkowicz Leon, 16. Bitny-Szlachta Wanda, 17. Bridge Stanisław, 18. Chorzewska Jadwiga, 19. Dominiak Kazimierz, 20. Dulewicz Eugenja, 21. Daniłowicz-Sosijewa Nina, 22. Ehrenkreutz Hanna Lucyna, 23. Ettinger Helena, 24. Erbrich Romana, 24. Frankowska Barbara, 26. Gasperowicz Józefa, 27. Gestel Dacya, 28. Birtler Barbara, 29. Kolachowska Zofja, 30. Gołembikier Mieczysław, 31. Kościcka Anna, 32. Gniazdowska Mieczysława, 33. Gricman Ignacy, 34. Guttakowska Zofja, 35. Hankiewicz Elżbieta Wiktorja, 36. Jacynicz Jadwiga Marja, 37. John Halina Irena, 38. Jurzyk Janina Marja, 39. Kaczyńska Wiesłwa Marja, 40. Kamińska Janina, 41. Kępka Irena, 42. Kochanowska Aniela, 43. Kędzierska Jadwiga Danuta, 44. Kornreich Aron, 45. Kajkowski Romuald, 46. Klein Juljusz, 47. Kowalska Mieczysława, 48. Kowalska Jadwiga, 49. Kacenelenbogen Zuzanna, 50. Kleniewska Józefa, 51. Krześniak Stanisława, 52. Kurzawińska Halina, 53. Kurowska Janina, 54. Lebioda Janina Stanisława, 55. Lifszyc Ignacy, 56. Linda Janina, 57. Łabiszewski Jan, 58. Łempicka Wiesława, 59. Łyżwińsk Zofja Jadwiga, 60. Mańkowska Regina, 61. Margolin Szyfra, 62. Mazurkiewicz Henryka, 63. Metallman Roman Leopold, 64. Medyńska Irena, 65. Moszyńska Dobrosława, 66. Markus Helena, 67. Mesis Aniuta, 68. Myćko Emilja, 69. Mordasówna Nadzieja, 70. Nowacka Stanisława, 71. Nasterczuk Emilja, 72. Niewczas Janina, 73. Olearczyk Antoni, 74. Osiecki Marjan, 75. Pawłowska Anna, 76. Pawlikowska Władysława, 77. Piotrowska Irena, 78. Pieślówna Natalja, 79. Pisańska Irena, 80. Plewako Zofja, 81. Pohnke Leon Michał, 82. Prószyńska Marja, 83. Pruszkowska Wanda, 84. Petrow Aleksander, 85. Raciborska Marja, 86. Rogalewski Leon, 87. Romanowska Marja, 88. Rotter Teresa, 89. Roszkowska Zofja, 90. Rozen

Estera, 91. Rynecka Bajla, 92. Sadowska Klementyna, 93. Sery Walentyna, 94. Schoen Halina Irena, 95. Siekierzyńska Irena, 96. Sobczyk Władysława, 97. Steinmetz Irena, 98. Staśkiewicz Janina Henryka, 99. Strauch Wanda, 100. Stańczyk Janina, 101. Szulc Ella Karola, 102. Szwarc Rozalja, 103. Tenenbaum Chawa, 104. Tonn Paweł Henryk, 105. Tyntpulwer Sara, 106. Turowska Irena, 107. Urynowski Jakób, 108. Wajntraub Hena, 109. Wenjamin Irena, 110. Wilczyński Henryk Józef, 111. Wodnicka Mieczysława, 112. Wojciechowska Pelagja Jadwiga, 113. Wojnarowski Roman, 114. Zalewska Marjanna, 115. Zawadzka Beata Julja, 116. Zawadzka Wanda, 117. Zaremba Alfons Leon, 118. Żukowska Eugenja. Razem przyjęto osób 118, kobiet — 97, mężczyzn — 21 (m. w. $^1/_6$ część; przyjęci pochodzą z różnych dzielnic Polski; wśród tych znajduje się m. in. 20 żydów, 4 bułgarów i in.

Element męski, wprwdzie, stosunkowo nieliczny, jak można było sądzić, z małym wyjątkiem przedstawiał się solidnie, widać było, iż element ten chętnie i z zamiłowaniem poświęci się obranemu przez siebie zawodowi. Niektórzy z nich, rzecz ciekawa, wtajemniczeni są w stosunki, panujące w życiu wewnętrznem zawodu dentystycznego (walka z partactwem dentystycznem, z firmantkami, które solidnie określono zasłużoną nazwą); zasługuje na uwagę pewien technik dentystyczny L. B., który, zrobiwszy maturę, kołatał do Instytutu poraz drugi, dobijając się przyjęcia, zaznaczając, iż bynajmniej nie dążył ubocznemi drogami do samodzielności, lecz mozolną pracą w ciężkich warunkach materjalnych dążył do wytkniętego celu. Pewien ślązak, jak widać, człowiek kulturalny, energiczny, pomimo, iż był już przyjęty przez uczelnię niemiecką, okazywał nadzwyczajną radość i dumny był z tego, iż został zaliczony do instytucji ojczystej.

Element kobiecy, jak o tem można było się przekonać, przedstawiał się nader różnorodnie. Jak nam zakomunikowano, niektóre pochodzenia tutejszego już marzą o dobrych przyszłych zarobkach(!). Ponieważ zaś firmantkami techników dentystycznych są zwykle dentystki-żydówki (należy powiedzieć prawdę, aczkolwiek komuś to się nie spodoba), to oczywiście, należy te marzące *już* o przyszłych zarobkach również już przekonać o szkaradności tych zarobków. Rzecz prosta, jest to sprawa, którą zająć się powinny energicznie właściwie zrzeszenia studentów Państwowego Instytutu Dentystycznego. Sprawa ta nota bene jest nader ważna w walce z partactwem dentystycznem, zaś organizacje te poważną rolę mogłyby tu odegrać, tymczasem dotychczas te niewiele w tej sprawie uczyniły.

W r. bież. akad. ze stanowiska asystentów Instytutu ustąpili: Siekierzyński (katedra techniki dostawkowej) i A. Ujejski (katedra dentystyki zachowawczej). Na tejże katedrze (kier. prof. Wilga) mianowany został dr. med. lekarz-dentysta Stefan Barylski.

Kol. Barylski, urodzony w Piotrkowie, studja ogólnokształcące otrzymał w gimnazjum Częstochowskiem, które to ukończył w r. 1908, następnie wstąpił d szkoły lekarsko-dentystycznej Troppa w Warszawie, którą ukończył w r. 1912, zaś w r. 1913 uzyskał stopień lekarza-dentysty na Uniwersytecie Warszawskim. Po otrzymaniu w r. 1917 matury w gimnazjum Częstochowskiem, wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, jednocześnie zajmując stanowisko asystenta w szkole lekarsko-dentystycznej Troppa w Warszawie. Podczas wojny polsko-sowieckiej, nie chcąc korzystać z żadnych prerogatyw, jako były peowiak, odbył całą służbę ochotniczą w cha-

rakterze zwykłego żołnierza-ułana w 11 pułku strzelców konnych i 21 pułku ułanów nadwiślańskich. Po ukończeniu ciężkiej służby żołnierskie,, w r. 1921 ponownie wstąpił na Uniwersytet, na Wydział lekarski, który ukończył 25 czerwca 1929 r. Z dniem 8 października 1929 r. przez kierownika katedry dentystyki zachowawczej P. Instytutu Dentystycznego, prof. Wilgę, zaangażowany został na asystenta kliniki zębolecznictwa zachowawczego tegoż Instytutu.

Kol. Barylski, stojąc zdala od *wszelkiej* polityki, człowiek szczery, nie umiejący nikomu podchlebiać, zależnie od okoliczności dla celów osobistych, zawzięty wróg wszelkich intryg i intryżek, nieraz dosyć głośnych, cenić będzie wysoko swoje poważne stanowisko, cenić będzie zasłużenie kierowników, którzy pracują dla dobra instytucji.

Należy się spodziewać, iż kol. Barylski, zachowując pewną równowagę, zdoła utrzymać ścisłą harmonję pomiędzy pracownikami, tak niezbędną w ich współpracy na terenie poważnej instytucji. W tych tylko warunkach możliwa jest celowa praca, która dawać może pomyślne wyniki dla dobra studentów.

Na nowem więc polu pracy, pracy odpowiedzialnej, kol. Barylskiemu życzymy dalszej wytrwałości. Niech się nie zraża i nie zniechęca. Nad wstrętnem krakaniem ludzi złych niech godnie przejdzie do porządku dziennego...

Dr. Szepelski (katedra dentystyki zachowawczej, kier. prof. Wilga) udał się zagranicę na roczne studja naukowe, wydelegowany przez Instytut.

Powrócił z zagranicy, po rocznym pobycie dla celów naukowych, dr. Cybulski i objął kierownictwo działu techniki dostawkowej, jako *zastępca profesora.* Dr. Cybulski objął wykłady teoretyczne oraz kierownictwo praktyczne.

**
*

Wiadomo, iż Warszawa jest rajem przeróżnych kombinatorów, t. zw. „niebieskich ptaków", którzy „nie orzą i nie sieją, a zbierają obfity plon". Spotykać ich można wszędzie, we wszystkich sferach, nawet w wyższych. Mają oni wiele sposobów do wyciągania pieniędzy i zawsze znajdują naiwnych. Ważnem polem ich działalności ostatnio zwłaszcza stanowią wyższe uczelnie resp. przyjmowanie pewnej kategorji kandydatów do tych uczelni. Kombinatorzy ci umieją zapewniać o swoich nader rozgałęzionych stosunkach w różnych sferach, w różnych środowiskach wpływowych i decydujących; rzecz prosta, wymienia się zwykle nazwisko tej lub innej osoby wpływowej. Za takie pośrednictwo ci kombinatorzy, którzy niesłusznie wciągają w aferę nazwiska niewinnych ludzi, ludzi kryształowej czystości, bezwzględnie uczciwych, będących na poważnych stanowiskach, ludzi znanych w świecie naukowym, każą sobie suto płacić (gotówką zwykle w dolarach i to po kilkaset!). W tranzakcjach nieraz wymieniane są nazwiska niewiast z różnych sfer towarzyskich, i t. d.

Słyszy się nawet o zapewnieniach bezwzględnego, pomyślnego wyniku tranzakcji, t. j. przyjęcia kandydata do wyższej uczelni!

Że łotrowskie te „tranzakcje" poza plecami wymienionych osób krzywdzą je, o tem nie należy się rozwodzić. Naiwni wierzą i wpadają często w rozstawione sidła, zaś aferzyści niczem nie ryzykują; jeżeli z liczby nabranych kandydatów ten lub ów dostanie się *w drodze legalnej* do uczelni, to, rzecz prosta, „pośrednictwo" pomyślnie sprawę rozwiązało, i solidna mamona wpły-

nie do kiesy poważnego pośrednika, który dzięki takiemu „faktowi“ staje się głośnym i zyskuje na powadze.

O sprawach powyższego rodzaju nabierania „na stosunki“ szczególnie ostatnio daje się słyszeć. Co więcej — t. zw. wstępne egzaminy kwalifikacyjne przez tych „poważnych“ pośredników są bagatelizowane i komentowane na „swój“ sposób w duchu przekonywającym dla łatwowiernych.

Sprawa przyjęcia kandydatów do Państwowego Instytutu dentystycznego niewiele się różniła od wyżej wymienionych spraw, dotyczących *innych* wyższych uczelni. Powtarzano to i owo, rzucając podłe oszczerstwa na tę lub inną osobę poważną i zasłużoną. Wynika z tego, iż sprawa osób protegowanych winna być traktowana b. poważnie. Wszelkich zaś oszustów należy demaskować, krzywdzą bowiem naiwnych kandydatów a również osoby, absolutnie nic wspólnego z tymi nie mające...

Rzecz dziwna. Różnego rodzaju bzdurstwa tego lub innego rodzaju rozpowszechniali również niektórzy przedstawiciele zawodu dentystycznego. Czy miał tu miejsce brak orjentacji, pewne ograniczenie umysłowe lub jakieś niepojętne dla nas cele — tego nie wiemy...

Ogłoszenie dziwne. W okresie przed przyjęciem kandydatów do Instytutu przypadkowo przeczytaliśmy następujące ogłoszenie: *„Poszukuję osoby, mogącej załatwiać formalności, związane z dostaniem się do Państwowego Instytutu Dentystycznego. Tel. 124-98*“ (p. „Nasz Przegląd“ wtorek 10 września 1929 r.). Telefonicznie dowiedzieliśmy się, iż właścicielem powyższego telefonu jest p. Józef Rozenholc, Nowolipie 66.

Fakt, wymagający wyświetlenia: czy znalazła się osoba?

K.

Nowości przemysłu dentystycznego.

Nowa idealna lampa „Perba“ do oświetlania i prześwietlania jamy ustnej.

Lampa „Perba“ stanowi wynalazek, pozornie już znany, faktycznie jednak jest zupełnie nowy i oryginalny do celów wyżej wzmiankowanych. Posiadamy wprawdzie tego rodzaju lampki w najrozmaitszem wykonaniu, wszystkie jednak posiadają pewne poważne braki. Gdy dotychczasowe aparaty montujemy do ramienia przyściennego lub stojaka, wówczas swoboda ruchów lekarza jest znacznie ograniczona, lub też źródło światła zostaje zasłonięte; lampa czołowa po pewnym czasie nuży operatora. Gdy znowu źródło światła jest zbyt silne, wówczas rażący snop światła oraz promieniejące ciepło dokuczają lekarzowi jak również pacjentowi. Włączanie tego rodzaju lamp do tablicy rozdzielczej wymaga znacznych kosztów.

Przedewszystkiem zaś odczuwać się daje brak lampy oświetlającej, którą można byłoby stosować również poza gabinetem lekarza, a więc w mieszkaniu pacjenta.

Wszystkim powyższym brakom zapobiega nowa lampa „Perba“, która jednocześnie nadaje się do prześwietlania jamy ustnej.

Zalety lampy „Perba" są następujące:

1. Siła światła znacznie przewyższa wszystkie dotychczasowe tego rodzaju lampy, przyczem może być włączona bezpośrednio do kontaktu sieci elektrycznej bez wszelkich przyrządów pomocniczych (pantostatów, tablic rozdzielczych, transformatorów i t. p. kosztownych przyrządów).

2. Lampa ta promienieje znacznie mniej ciepła, niż inne podczas użycia, ochładzana w zimnej wodzie, lub też na rurkę jej można nałożyć specjalnie skonstruowany ochraniacz.

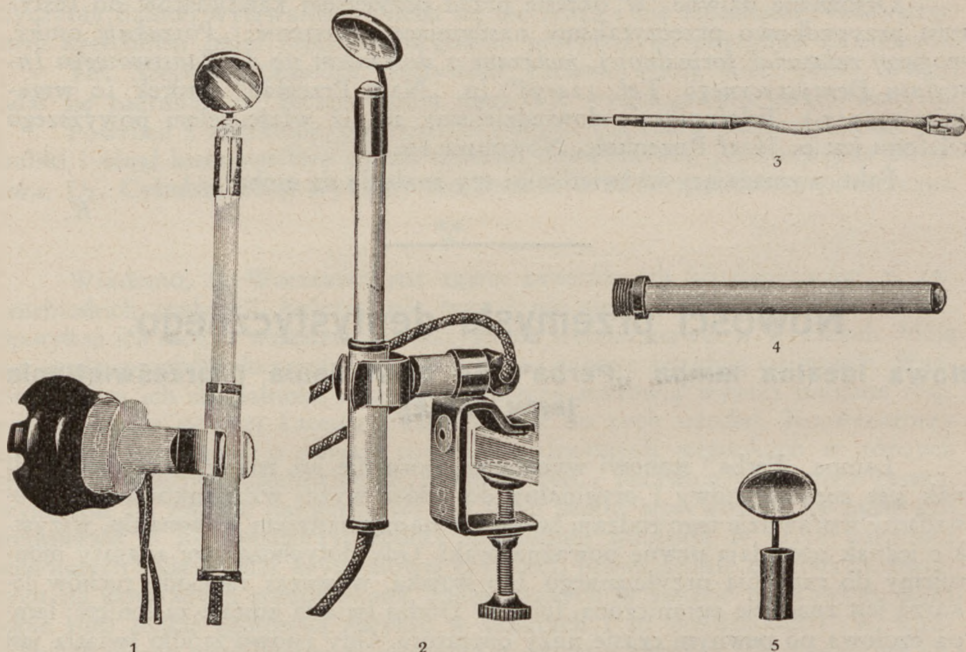
3. Cena lampy „Perba" jest stosunkowo niska, koszty zaś prądu minimalne.

4. Lampa jest tak mała, że mieścić się może w kieszeni lekarza i może być w razie potrzeby zabrana do mieszkania pcjenta.

5. Wszystkie części lampy można odśrubować i sterylizować.

6. Części te składowe lampy oraz żarówki nabyć można w składach dentystycznych.

7. W razie braku kontaktu ściennego w instalacji elektrycznej można zastąpić go oprawką odgałęźną z gniazdkiem wtyczkowem, którą wkręca się do lampy.



LAMPKA USTNA „PERBA"

1) w trzymadle kontaktowem; 2) w trzymadle stołowem; 3) żarówka z przewodnikiem; 4) rurka; 5) lusterko ustne.

Użycie lampki przy oświetlaniu jakoteż przy prześwietlaniu jest nader proste. Można ją stosować wszędzie, gdzie jest prąd elektryczny: w gabinecie ordynacyjnym, w sali operacyjnej, albo też w mieszkaniu chorego, zarówno w mieście, jak i na wsi. Po użyciu lampka automatycznie gaśnie.

Na rurkę lampki można również nasadzić lusterko; w tych razach lampka oddaje doskonałe usługi przy badaniu śluzówki jamy ustnej i zębów. Niema lepszego przyrządu pomocniczego do badania ukrytych i najdalej znajdujących się ubytków, nadto nadaje się nader korzystnie do oświetlania komory miazgowej jakoteż przy badaniu zakończeń przewodów korzeniowych.

Przy operacjach chirurgicznych i różnych zabiegach w jamie ustnej lampka „Perba“ staje się wprost niezbędną. Efekt świetlny przy prześwietlaniu torbieli jest wprost zadziwiający.

Przy prześwietlaniu można również koniec rurki lampki wprowadzić do jamy ustnej, a otrzymany w tych razach efekt świetlny jest wspaniały.

Przypadki, w których użycie lampki „Perba“ jest wskazane, są nader liczne i obejmują:

1) badanie głębokich warstw kamienia nazębnego; wykrycie ostatniego mogło dotychczas się udać przypadkowo, wobec czego też wyniki były przeważnie niepomyślne i pomimo najdokładniejszego badania pozostawało sporo kamienia. Wyszukiwanie kamienia za pomocą lampki „Perba“ stanowi wprost zabawkę: Umieszcza się ją na powierzchni wargowej i językowej wyrostka zębodołowego (processus alveolaris), przez co powstaje na przeciwnej płaszczyznie silnie różowo-zabarwione pole, na którem widnieją ciemne plamy najbardziej nawet ukrytych złogów;

2) określenie głębokości ropniaka zębodołowego (pyorrhoea alveolaris); prześwietlanie umożliwia określenie głębokości powstałych przy cierpieniach paradentalnych kieszonek, w których umieszcza się czopki gutaperkowe (med. Wesky‘ego);

3) badanie przewodu korzeniowego siekaczy (w szczególności przy trepanacji zębów); po umieszczeniu lampki na przedniej powierzchni wyrostka zębodołowego miejsce przewodu korzeniowego zostaje silnie oświetlone;

4) przy badaniu przewodów korzeniowych siekaczy można je obserwować do samych wierzchołków;

5) przy mierzeniu kółek koronowych miejsce, w którem kółko nie przystaje do pozostałej części zęba, prześwieca;

6) przy prześwietlaniu warunków fotograficznych, osadzonych w przewodzie korzeniowym ćwieczków metalowych, uwidoczniony jest stosunek tychże do przewodu.

Nietylko lekarze-dentyści znajdą w nowowynalezionej lampce niezbędny przyrząd oświetlający i prześwietlający, lecz również laryngolodzy oraz każdy praktykujący lekarz mieć może doskonałą pomoc w tym przyrządzie przy badaniu jamy ustnej, gardzieli lub krtani.

Nawet chirurgja brzuszna może z największem powodzeniem stosować tę wyjaławalną lampkę przy prześwietlaniu ukrytych miejsc ciemnej jamy brzusznej

Lampkę „Perba“ nabyć można we wszystkich składach dentystycznych lub bezpośrednio w składzie fabrycznym firmy: „AKO“, Warszawa, ul. Długa 25, telef. 213-41.

Bibljografja.

Prof. Dr. Med. Kranz P. (Monachjum). EINFUHRUNG IN DIE ORTHODONTIE NEBST EINEM PRAKTISCHEN TEIL VON DR. MED. DENT. A. BARTHELMAE (Kolonja). Mit 236 Abbildungen, II verbesserte u. erweiterte Auflage. Berlin, Verlag v. Hermann Meusser Mkn. 14.50 (w opr.).

Książka powyższa „Wstęp do ortodoncji“ ukazała się w 2-iem wydaniu, ulegając znacznej przeróbce i uzupełnieniu, stosownie do nowych wymagań specjalności. Niektóre rozdziały zostały ujęte w formę krótszą, inne zupełnie na nowo opracowane. Naogół wydanie drugie pod względem treści i technicznego wykonania przedstawia się znacznie lepiej i bardziej okazale. Różni się ono od pierwszego wydania tem, iż poza właściwym wstępem obejmuje dział ortodoncji praktycznej w opracwaniu ucznia Körbitza, dra Barthelmae‘a.

Właściwy wstęp do nauki ortodoncji opracował prof. dr. Kranz. Treściwe ujęcie sprawy zapoznaje studenta z całokształtem teorji, począwszy od danych historycznych, anatomicznych, etjologicznych i t. d., aż do higjeny jamy ustnej. Dla praktyków, nie uprawiających ortodontyki, konieczne jest zaznajomienia się z podobnym krótkim zarysem tej specjalności, zaś szczególne znaczenie posiadają rozdziały: etjologja, profilaktyka, właściwy okres do regulowania, prognoza i higjena; konieczna znajomość spraw, tamże omawianych, odda nieocenione wprost korzyści młodocianym pacjentom. Na str. 116 w przeciwstawieniu do wydania I (str. 84) opuszczono nazwisko Zawidzkiego, który pierwszy skonstruował symetroskop dla badania symetrji podług Körbitza. Późniejsze symetroskopy Grünberga i Zielińskiego oparte są na tejże zasadzie, co aparat Zawidzkiego.

W drugiej części ortodoncji praktycznej opiera się Barthelmae na systemie Angle‘a podług metody i nauczania Körbitza. Jakkolwiek odpowiednio do szczupłych rozmiarów książki autor musiał się ograniczyć do głównych zadań, mimo to uwypuklił studentowi właściwy pogląd na stronę praktyczną specjalności. Rozdziały o łuku sprężystym i umocowaniu sił przedstawiaja się doskonale. Zbyt krótko opracowany jest rozdział o retencji. Jednolite opracowanie z uwzględnieniem metody Körbitza nadaje pracy Barthelmae‘a szczególnej wartości.

Zakończenie książki, jako uzupełnienie całości, stanowi krótki opis chirurgicznych metod regulacyjnych w opracowaniu dra Kranza. Omówiono tu zwięźle sprawę ekstrakcji, redressement forcé, leczenie diastemy oraz progenji drogą operacji chirurgicznej.

Zważywszy, iż książka jako „Wstęp do ortodoncji“ przeznaczona jest przedewszystkiem dla studentów, chociaż i praktyk z pożytkiem ją studjować może a nawet powinien, przyznać musimy, że mimo swej zwięzłości w zupełności wypełnia swe zadanie.

O zewnętrznej szacie książki prof. Kranza niewiele należy powiedzieć; jest ona okazała. Obfita ilość nader subtelnie wykonanych rysunków w znacznym stopniu ułatwiają studjowanie treściwie napisanej książki. Z.

Walkhoff Otto dr. prof. (Berlin-Lichterfelde W.) MEIN SYSTEM DER MEDICAMENTOSEN BEHANDLUNG SCHWERER ERKRANKUNGEN DER ZAHNPULPA UND DES PERIODONTIUMS. Mit 62 Abbildungen. Berlin. Verlag von Hermann Meusser 1928. Mn. 11.60.

Dziełko (o 127 str.), napisane przez jednego z najwybitniejszych powag w dziedzinie naszej specjalności, omawia własny system autora postępowania zachowawczego (leczniczego) w ciężkich schorzeniach miazgi zębowej i ozębnej. Autor, powołując się na poprzednie swoje prace, zaznacza, iż podaje tu wyniki dalszych swoich doświadczeń i wprowadzonych przez siebie pewnych inowacji. Nie jest bynajmniej „ideałem" możliwie chirurgiczne zoperowanie pacjenta, które, jego zdaniem, dosyć często nie jest wcale wskazane. Wielu jego asystentów oraz studentów przekonało się, iż system postępowania zachowawczego autora daje również pomyślne wyniki. System ten zaleca on nadal tym praktykom, którzy mają na względzie oszczędzanie pacjentów i stosowanie leczenia zachowawczego do ostatecznych granic.

Omawiając dotychczasowe metody postępowania przy schorzeniu miazgi i ozębnej z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego (od czasów Adolfa Witzel'a), autor zatrzymuje się nad trudnościami anatomicznemi korzeni, stojącemi na przeszkodzie do racjonalnego przeprowadzenia leczenia. Cierpliwy papier często ilustruje wszelkie ulepszenia instrumentarjum do tego celu. Rozgałęzienia miazgi w wierzchołkowej części przewodu utrudnia jednak wykonanie zabiegu; całkowite opróżnienie każdej komory miazgowej jest tylko utopją. Ponieważ całkowite opróżnienie przewodu nie jest możliwe, to również niemożliwe jest całkowite szczelnie wypełnienie tegoż. Twardy lub twardniejący materjał, wypełniający przewód (cementy, gutaperka i inne) powoduje pewne zmiany w ozębnej, również ciężkie nerwobóle wskutek przepchnięcia materjału po przez otwór wierzchołkowy. Autor zastanawia się nad pytaniem: czy wogóle ktoś jest w stanie dokonać szczelnego wypełnienia przewodu bez przepchnięcia masy przez otwór wierzchołkowy? Wypełnienia miękkie są więc bardziej wskazane z różnych względów. Należy, naturalnie, przezwyciężyć wszelkie spotykane w przewodzie przeszkody (zębiniaki, zwężenia i t. d.). Autor stosuje rozczyn chlor-fenolowo-kamforo-mentolowy, wprowadzony za pomocą pincety kroplowej, cieniutkiej pipetki szklanej, lub też strzykawki „Rekord" zawartości 1 ccm. Dalej szczegółowo omawia sposoby uprzedniego postępowania, jak rozszerzanie przewdów za pmocą odpowiednich rozwiertników, tarlic korzeniowych (Reibahlen), mechaniczne usuwanie zawartości, działanie bakterjobójcze chlor-fenolo-kamforo-mentolu.

W III-ej części pracy omówiono sprawę wyboru materjałów, ich własności i zastosowanie do wypełniania przewodów. Rzecz prosta, szczegóły te w krótkiem sprawozdaniu niniejszem nie mogą być przytoczone; stosuje on przeważnie do wypełniania pastę jodoformową, który to preparat zwłaszcza w zamkniątej przestrzeni daje dobre wyniki. Pastę tę stosuje również przy metodzie amputacyjnej. Pasta jodoformowa w rentgenogramie uwydatnia się wyraźnie.

W IV-ej części omówiona jest sprawa postępowania przy przewlekłych zapaleniach ozębnej i jej następstwach. Rodzaj schorzenia stwierdza zdjęcie rentgenologiczne. Tu również dobre wyniki daje rozczyn chloro-kamforowo-mentolowy oraz pasta jodoformowa. Ziarniniaki winny być otwierane ze strony przewodu. Dobre wyniki daje również rozczyn Chlumsky'ego: Acidi carbolici 30.0 — Camphorae 60.0 — Alcoholi absol. 10.0. Wiele przypadków, przytoczonych przez autora i sprawdzonych rentgenologicznie, stwierdza pomyślne wyniki jego postępowania.

W końcu pracy autor podaje zestawienie metod postępowania zacho-

wawczego i chirurgicznego w stosunku do siebie i do nauki o zakażeniu ustnem. Ziarniniaki, rozwijając się na wierzchołkach korzeniowych, stanowią wał ochronny ustroju przed wtargnięciem drobnoustrojów. Gdy wał ten ochronny ulega przewadze drobnoustrojów, całe ognisko zakaźne winno być usunięte w drodze operacyjnej przez odcięcie wierzchołka. Nie jest jednak ostatecznie rozwiązany problemat, czy wokoło rezekowanego korzenia nie rozwinie się ponownie gnisko zakaźne, a mianowicie w drodze hematogennej? Stwierdzono, iż przewód korzeniowy może być po odpowiedniem zbadaniu bakterjlogicznem jałowy, zaś wokoło wierzchołka rozwinąć się może ziarniniak, silnie zakażony, i przeciwnie (Precht 1926).

Metoda postępowania zachowawczego (leczniczego) w przypadkach istnienia ziarniniaka bez koniecznego odcięcia wierzchołka daje również dobre wyniki. Zębina pomimo wykonania tego zabiegu może jeszcze pozostać zakażoną (Kossow). W dadatku, ząb skrócony pod różnemi względami traci na swej wartości. Odcięcie wierzchołka może być uważane tylko jako ultimo ratio w postępowaniu zachowawczem. W terapji ziarniniaków obydwie metody postępowania, zachowawczo-lecznicze i chirurgiczne — stanowią zabieg najtrudniejszy na trzonowcach. Autor uważa drugą metodę (chirurgiczną) w tych przypadkach za zabieg niebezpieczny (możność otwarcia zatoki szczękowej oraz kanału żuchwowego). Co się tyczy zakażenia ustnego, to i tu należy unikać przesady. Ostre, ciężkie przypadki zapalenia szpiku kostnego są oczywiście niebezpieczne i wymagają natychmiastowej interwencji chirurgicznej; autor jednak widział wiele przypadków śmierci pomimo natychmiastowej operacji.

Poważna praca doświadczonego praktyka prof. Walkhoffa, oparta na obserwacjch klinicznych, ściśle zbadanych, rzuca aż nadto wiele światła na chaos, panujący wśród praktyków w sprawie zachowawczego czy też chirurgicznego postępowania w schorzeniach miazgi i ozębnej.

Dokładna znajomość normalnej i patologicznej anatomji ew. histologji zębów i części okolicznych, owładnięcie specjalną techniką oraz ogólna znajomość podstaw bjologicznych, prowadzi do pomyślnych wyników. Musi nastąpić czas, kiedy pomoc „chirurgiczna“, stosowana przez wielu dentystów w niezliczonej ilości przypadków, uważana będzie po części jako zupełnie coś nadzwyczajnego. W dążeniach do idealnego wyleczenia pomoc ta „chirurgiczna“ stosowana będzie w rzadkich tylko przypadkach.

K.

Kronika i sprawy zawodowe.

== RUCHOMA WYSTAWA DENTYSTYCZNA. Ruchoma wystawy z najróżnorodniejszych dziedzin przemysłu organizowane są w różnych krajach kulturalnych. Ruchome wystawy z dziedziny przemysłu dentystycznego urządziła dentystyczna firma wszechświatowa *De Trey* we wszystkich krajach, w których posiada swoje przedstawicielstwa. Wystawa ruchoma odbywa się przy pomocy dużego rozmiaru krytego wozu automobilowego, jeżdżącego po większych miastach i mieszczącego w sobie eksponaty — wszelkie nowoczesne objekty z dziedziny przemysłu dentystycznego. W poszczególnych miastach, zgóry oznaczonych podług planu, objekty te w odpowiednich du-

żych pomieszczeniach (salach) wystawiane są na widok publiczny, o czem praktycy dentystyczni poszczególnych rejonów zawiadamiani są drogą rozesłanych pocztą zaproszeń. Jednocześnie z ruchomą wystawą odbywają się pokazy i objaśnienia, udzielane przez specjalnych demonstratorów, towarzyszących wystawie.

Firma *De Trey* ostatnio urządziła powyższego rodzaju dentystyczną wystawę ruchomą z odpowiedniemi pokazami w różnych miastach Polski: w Poznaniu (d. Hotel Rzymski, Pl. Wolności, w dn. 24, 25, 26 sierpnia r. bież.), w Bydgoszczy (Hotel Lenging, Długa 56, w dn. 31 sierpnia, 1 i 2 września r. b.), w Łodzi (Grand Hatel, Piotrkowska 79, w dn. 7, 8, 9 września r. bież.), we Lwowie (Inst. Technologiczny Boularda 5, w dn. 8, 10, 11, 12 października r. b.), w Krakowie (Hotel Sala Bolońskiego, Pałac Spiski Rynek 34, w dniach 26, 27, 28 paźdz. r. b.), w Lublinie (Sala T-wa Muzycznego, Kapucyńska, w dn. 18, 19 i 20 paźdz. r. b.), w Katowicach (Hotel Monopol, w dn. 1, 2, 3 list. r. b.), w Wilnie (lokal Wystawy odb. XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w dn. 26, 27, 28, 29 września r. b.), w Warszawie (Lokal T-wa Techników, ul. Czackiego, w dniach 14, 15, 16, 17 września r. b.). Wystawa obejmowała: nowoczesne urządzenia poradni dentystycznej — fotel najnowszej konstrukcji, wiertarki elektryczne, szafy do narzędzi, inne objekty urządzeniowe, Roentgen Ritter'a, sprzęt kompletowy, „Unit", sterylizatory elektryczne, kompressor powietrzny Rittera, zęby różnego typu, cementy (fosfatowe i krzemowe), amalgamaty, plomby czasowe, świdry najróżnorodniejszych form, narzędzia do celów zębolecznictwa i techniki dostawkowej, szlifierki elektryczne, wulkanizatory nowszej konstrukcji, masy wyciskowe („Dentocole" i inne), zgryzadła, dziąsło sztuczne „Gencivex" oraz cały szereg nowych artykułów, o których praktyk najczęściej mało słyszy. Demonstratorzy pokazywali wszelkie nowości i udzielali odnośnych objaśnień. Codziennie w godzinach wieczornych wyświetlany był film naukowy p. t. „Wykonanie całkowitej dostawki według metody Gysi'ego". Zdjęcia demonstrowały autentyczny przebieg pracy na pacjentce w wykonaniu prof. Gysi'ego (Zurich). Film długości 1800 mtr. o napisach w jęz. polskim, szczegółowo zobrazował sposób wykonywania dostawki: manipulowanie w ustach oraz wykonanie techniczne (w pracowni)— zdjęcie wycisku próbnego i czynnościowego, ustalenie zgryzu, przygotowanie wałów zgryzowych, przymierzanie w ustach, korygowanie wysokości zgryzu, zagipsowanie odlanych modeli w zgryzadle Gysi'ego, wykonanie wykrojów woskowych, ustawianie zębów „Anatoform", przymierzanie w ustach, zagipsowanie, kauczukowanie odwrotne, wulkanikowanie, obróbka, skorygowanie zwarcia za pomocą doszlifowania guzków papką karborundową, oddanie dostawki. Wyświetlanie filmu trwało blisko 1½ godziny; budził wielkie zaciekawienie, uwidocznił wszelkie ruchy czynne prof. Gysi'ego i jego pomocnika.

Wystawa, zainteresowała praktyków nietylko większych miast, lecz również okolicznych osiedli, którzy na rozesłane zaproszenia zjeżdżali się dosyć licznie.

Szczególnie licznie koledzy zwiedzili wystawę w Warszawie i Wilnie (podczas odb. XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w dniach 26 do 29 września r. bież.). Wśród zwiedzających było wielu techników i techniczek dentystycznych, którzy b. się interesowali działem technicznym.

= WIEŚCI Z KRAKOWA. Sprawa egzaminowania techników dentystycznych zaczyna nabierać coraz większego rozgłosu i budzi niezadowolenie zwłaszcza wśród lekarzy, zajmujących się dentystyką, którzy w nowych *promocjach* widzą rozwój dentystyki w kierunku wstecznym. Walka więc pomiędzy doktorami a uprawnionymi technikami dentystycznymi staje się coraz głośniejszą, bowiem pierwsi nie uznają praw ostatnich do wykonywania zębolecznictwa; mniej głośną jest walka z tymi specjalistami, którzy ukończyli „Szkołę przemysłową" (?!), t. j. Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie. Gdy potrzebny jest lekarz-dentysta w Kasie Chorych, kolejowej, to nieuwzględniane są podania nietylko techników uprawnionych, lecz również *lekarzy-dentystów wogóle*, co do których wydawane są odpowiednie „opinje". I kto te opinje urabia lub też wydaje? Nieraz tego rodzaju *dr.*, który przez czas długi był internistą, zaś obecnie po trzech miesiącach praktyki dentystycznej u technika dentystycznego posiada „zakład" zębolecznniczy i śmiało konkuruje z poważnemi lekarzami-dentystami.

Coraz lepiej. Zdaje się jednak, iż walka ta winna być prowadzona otwarcie, śmiało, nie zaś w sposób zrozumiały tylko dla niektórych prowodyrów, którzy poza swojem stanowiskiem *nic* nie widzą..

Nie prędko widocznie nastąpi spokój, bowiem władze wykonawcze mało wykazują energji, by Rozporządzenie Wyższych władz ustawodawczych zrealizować w całej rozciągłości. Popierana więc usilnie sprawa najrychlejszego utworzenia Izby dentystycznej, by położyć kres firmowaniu techników dentystycznych nieraz najgorszego typu przez lekarki-dentystki (!!), doktorów (!!!), jak również przeciw OO. Bonifratom, którzy plombują, leczą i wykonywają dostawki mostkowe w złocie po 25 zł. za ogniwo w mostku...

= KLINIKA DENTYSTYCZNA DLA POLICJI. W New Yorku powstaje specjalna klinika dentystyczna dla policji, udzielać pomocy mają 2 lekarze-dentyści, którzy otrzymywać będą rocznie po 3000 dolarów; z pomocy korzystać ma 10,000 policjantów (Zft. f. Stom. 9/1929).

= WARTOŚĆ ZDROWEGO ZĘBA. Jak podaje „Pacific Dental Gazette" (1929/6) pewien dentysta, który przypadkowo wyjął zdrowy ząb, skazany został na zapłacenie 3000 dolarów odszkodowania.

= DENTYSTYKA W CHINACH. W Shanghai'u powstało pierwsze Stowarzyszenie dentystyczne, założone przez grono dentystów, którzy ukończyli instytuty dentystyczne w Europie, Ameryce i Japonji. W mieście tem praktykuje 1500 dentystów, z których nie więcej jak 2% kwalifikuje sę do przyjęcia do stowarzyszenia. Z tego wywnioskować można, jak znaczna liczba niewykwalifikowanych specjalistów praktykuje w Chinach.

Zarząd „Shanghai Dental Society" mieści się: Shanghai, 50 Peking Road (China), sekretarz: Harry C. Chang D. D. S.; prezes: — B. K. Wong D. D. S., wiceprezes: P. Kingman D. D. S., skarbnik — Tsing Min Hsu D. D. S. (Z. R. 5 1928).

= DENTYSTYKA W INDJACH. W Kalkucie od lat sześciu istnieje Instytut dentystyczny p. n. „Calcutta Dental College and Hospital". W ostatnim roku dentystykę studjowało 35 studentów (3 kobiety) z tych 13 złożyło ostateczny egzamin i otrzymało dyplomy dentystyczne. Studenci pochodzą z róż-

nych prowincyj Indji, również z Cejlonu, Burmy i Siamu. „Dental College and Hospital“ w Kalkucie jest jedyną uczelnią dentystyczną w Indjach, w której odbywać się mogą studja zębolecznicze. Czas studjów trwa trzy lata. Ciało profesorowie stanowią poważni praktycy m. Kalkuty.

— NAWAŁOWE ZDEJMOWANIE MOSTÓW. Jak wiadomo, sprawa wpływu ognisk zakaźnych, istniejących w jamie ustnej, zwłaszcza wokoło zębów bezmiazgowych, na powstawanie chorób ogólnych (artretyzmu, serca i t. d.), omawiana ostatnio w pismach lekarskich i dentystycznych niemal całego świata, stała się aktualną wśród szerszego ogółu, zwłaszcza w Ameryce. W kraju tym sprawa robót mostkowych nie przestaje być tematem codziennym. Masowo zdejmowane są mosty u osób których długotrwające cierpienia ogólne nie mogą odnaleźć swej etjologji. Podejrzenia, skierowywane w stronę jamy ustnej, istotnie często stwierdzają fakt istnienia tu ukrytego źródła zakażenia. Niechęć więc do robót mostkowych jest w tym kraju ostatnio szczególna. Jedynie, jak nam komunikują, nadal „złocone“ są zęby murzynów i, jak wszędzie, emigrantów.

— TYTUŁ „SPECJALISTY“ DLA DOKTORA MEDYCYNY. W sprawie ustalenia warunków na prawo do tytułu specjalisty Izba Lekarska Lwowska zwróciła się bezpośrednio do Departamentu Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. z gotowością złożenia jej swoich wniosków, po uprzedniem otrzymaniu od Departamentu materjałów, dotyczących tej sprawy.

Na pismo to Departament Sł. Zdrowia nadesłał odpowiedź do Naczelnej Izby Lekarskiej, iż projekt ustawy o używaniu tytułu specjalisty jest w chwili obecnej w fazie opracowywania, wobec czego Ministerstwo nie jest w możności udzielić go narazie do wiadomości Izby Lekarskiej we Lwowie, skłonne jest jednak zapoznać się z projektem Izby Lwowskiej. Sprawozd. z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za r. 1926).

— KASA CHORYCH W BYDGOSZCZY posiada 6 gabinetów dentystycznych. Przeciętnie w ciągu dnia przyjmuje się około 300 chorych na zęby.

— „SANODONT“ LIBERTI — „najwykwintniejsza“ antyseptyczna pasta do zębów. Wyrób tajemny, ostatnio reklamowany. Miejsce wyrabiania nieznane.

—SAMOBÓJSTWO LEKARKI-DENTYSTKI. W Warszawie w dn. 3.XI. r. b. w pokojach umeblowanych przy ul. Targowej Nr. 47 (na Pradze) popełniła samobójstwo przez wypicie sporej ilości karbolu 36-letnia Róża Kawinówna, lekarka-dentystka ze Suwałk.

— Z KASY CHORYCH W ŁODZI. Liczba ubezpieczonych wzrosła w r. 1927 o 18% — z 154,000 do 182,000. Przeciętnie liczba chorych dziennie wynosiła 4500; przeciętnie przyjmowano 9 osób na godzinę. Recept wydano 2,300,000. W gmachach ambulatoryjnych Kasy (prócz ambulatorjów fabrycznych) było zatrudnionych 54 lekarzy-dentystów, razem w ciągu 216 godzin dziennie, którzy udzielili 254,000 porad. Na 1,000 ubezpieczonych wypada dziennie 1,3 goziny dentystycznej. Tylko 27 osobom na blisko 200,000 ubezpieczonych — pokryto koszta protezy zębów.

= MIŁE STOSUNKI. Charakterystyczną sprawą, rzucającą światło na nasze miłe stosunki zawodowe, rozpoznał tutejszy Sąd Okręgowy w Wydziale Odwoławczym. W zeznaniach świadków odtworzony został następujący stan sprawy. Pomiędzy lek.-dent. Romualdem Pawłowskim (Moniuszki 6) a dr. Franciszkiem Rybackim powstał spór co do wysokości należności, przypadającej Pawłowskiemu za odnajęcie gabinetu dentystycznego. Pawłowski żądał 6000 zł. za pół roku, Rybacki zgodził się zapłacić tę sumę, lecz po przedstawieniu rachunków, usprawiedliwiających tak znaczną sumę (taki był zwyczaj przez 8 lat). W odpowiedzi na to Pawłowski zapowiedział usunięcie Rybackiego. I rzeczywiście, nazajutrz w nieobecności Ryb. kazał usunąć rzeczy i tabliczkę ze drzwi oraz ścianę rozwalić; rzeczy były zwrócone dopiero na skutek interwencji policji.

Na rozprawie sądowej w pierwszej instancji oskarżony do winy nie przyznał się i tłumaczył się, że rozwalił ścianę celem przekonania się, czy nie grozi niebezpieczeństwo zawalenia się jej.

Sąd Grodzki skazał Pawł. na 200 zł. grzywny. Niezadowolony z wyroku, dr. Rybacki odwołał się do drugiej instancji. Sąd odwoławczy zwiększył karę do 600 zł. grzywny.

Niewtajemniczeni w arkana sztuki prawniczej opuszczali salę sądową bez pogłębienia swej świadomości prawnej. Pozbyć się sublokatora za 600 zł. — to zawsze opłaci się! Pocóż te kosztowne procesy eksmisyjne? „Czas przez nas stracony, więcej wart" — skarżyli się świadkowie. Pokrzywdzony wskutek czynu poniósł straty, obliczane przez świadków na tysiące, a sprawca ponosi straty obliczone na setki. (?!).

Pokrzywdzony dr. Rybacki występuje obecnie ze sprawą cywilną o odszkodowanie, wynoszące kilkanaście tysięcy zł.

Dr. Rybacki, który w Odesie miał nader rozległą praktykę dentystyczną podczas przewrotu bolszewickiego stracił cały swój majątek oraz dobytek i w ciężkich warunkach materjalnych wrócił do kraju. Osiedliwszy się w Warszawie, tu jako człowiek nader solidny, spokojny, prawy, sumienny i poważny praktyk, zyskał w różnych sferach naszego społeczeństwa zasłużoną popularność. Ulokowawszy się w spółce przy ul. Moniuszki, ponosił wydatek dosyć solidny za wydzierżawienie gabinetu dentystycznego. Ze słów, nieraz słyszanych od innych spólników, istniała tu zupełna harmonja, nigdy i niczem nie zakłócona. Dr. Rybacki, nie dając nigdy powodu do jakegokolwiek nieporozumienia, zżył się ze swoją placówką, ponosząc wszelkie ciężary, związane z utrzymaniem lokalu i t. d.

Zajście, wynikłe dziwnem zbiegiem okoliczności po śmierci kol. Motza i spowodowane przez kolegę Pawłowskiego, jest różnie komentowane i, jak spodziewać się należy, przykra dla zacnego kol. Przedpełskiego (jedynego z żyjących współwłaścicieli), który wbrew opowiadaniom bezwzględnie odpowiednio reagował, lecz, widocznie, bezskutecznie.

Przykrzejszą natomiast była cała ta epopea dla dra Rybackiego, który w spokoju ducha musiał szukać interwencji aż policji za niesłusznie wyrządzoną mu krzywdę; pomimo, iż policja prawnego posiadacza lokalu, dr. Rybackiego, ponownie wprowadziła, ten jednak poniósł wiele strat i to poważnych i zmuszony był wyrzec się tak przyjemnej „koleżeńskiej" placówki, szukać sobie gdzieindziej miejsca dla warsztatu pracy, co, jak wiadomo, w obecnych warunkach niełatwe jest do rozwiązania i połączone ze znacznemi wydatkami.

Czy pewną satysfakcją będzie rozesłanie przez dra Rybackiego do odnośnych instytucyj odpisów postanowienia Sądu — tego przesądzać nie chcemy.

Przytoczony wyżej fakt świadczy wyraźnie o rozsprzężeniu się stosunków, o zbyt jaskrawej wybujałości umysłów i pewności siebie tego rodzaju osób, które w zaślepieniu o swojem zasłużonem lub niezasłużonem powodzeniu ignorują sprawy poważne.

Ponieważ sprawa stała się w Warszawie zbyt głośną i tylko dziwnym zbiegiem okoliczności nie przedostała się do prasy codziennej, podajemy ją w krótkim zarysie; czynimy to z obowiązku kronikarskiego.

= ORYGINALNE POJĘCIE O ETYCE. Do jednego z tutejszych kolegów zgłosiła się nedawno pewna służąca po poradę w sprawie powstałego cierpienia w jamie ustnej naskutek złotych zębów i o wydanie opinji co do metalu. Po zbadaniu wykonanych koron kol. ów łatwo stwierdził, iż były to korony randolfowe, które, jak wiadomo, niejednemu przyczyniły już poważne cierpienia. Rzecz prosta, z obowiązku lekarskiego zakomunikował służącej istotny stan rzeczy, t. j. iż korony nie były złote, tem bardziej, iż dotyczyło to osoby nieuświadomionej, od której wyłudzono w dodatku sporo ciężko zapracowanego grosza, krzywdząc ją materjalnie i narażając na cierpienia. Ten obywatelski czyn poważnego kolegi nie spodobał się pewnym zwolennikom tolerowania partactwa dentystycznego, w dodatku oszukańczego, krzywdzącego niezamożne sfery społeczeństwa. Otóż powyższe ujawnienie sekretu przez wzmiankowanego kolegę ci zwolennicy określili jako... nieetyczne.

Oryginalne pojęcie o etyce!

Gdybyśmy mieli mniej takich „etycznych" „sędziów", *więcej* zaś odważnych kolegów, sprawa używania nieszlachetnych metali w jamie ustnej dawno byłaby rozstrzygnięta. Społeczeństwo wiedziałoby, gdzie złoto a gdzie błoto, za które nieraz płaci aż nadto solidnie.

Naszem zdaniem, należy nie tylko ujawnić owych „fabrykantów" krzywdzących społeczeństwo i zawód, lecz winno się owe ofiary skierowywać do właściwej władzy, która ze swego obowiązku zechce zająć się omawianą sprawą. Jestto obowiązek obywatelski. Tolerując zło społeczne, popieramy je, a tem samem stajemy się współwinnymi...

= LICZBA CZŁONKÓW KAS CHORYCH NA TERENIE PAŃSTWA zgodnie z ostatniem zestawieniem Min. Pracy i Opieki Społeczenj na dzień 1-go sierpnia r. 1929 wynosi 5,200,000 osób.

Z powyższego wynika, iż co szósty obywatel w Polsce należy do Kasy Chorych!

= Z DZIEJÓW PARTACTWA DENTYSTYCZNEGO. Kol. D. Kon z Warszawy komunikuje nam następ. przypadek:

Mieszkanka tutejsza p. Ewa Jamianka, zam. przy ul. Ś-to Jerskiej 28, zgłosiła się do niego dn. 7 maja r. b. w charakterze pacjentki i zakomunikowała co następuje:

Zamieszkały w Warszawie, przy ul. Franciszkańskiej Nr. 8, techn. dent. Dubiecki, leczył p. J. zęby, poczem nałożył na „wyleczone" zęby korony; po nałożeniu korony (jakoby ze złota amerykańskiego) na dolny trzonowiec, twarz jej obrzękła, miała ciągłe bóle od 2-ch tygodni, a w ostatnich dniach gorączkowała.

Przy oględzinach stwierdził silny szczękościsk, gruczoły podszczękowe i przyuszne obrzmiałe, dno jamy ustnej przekrwione, a jedyny pozostały lewy II trzonowiec dolny reaguje na najlżejszy dotyk.

Wobec powyższego (silny szczękścisk) chorej w uśpieniu usunięto jedyny ząb. Po wyjęciu tegoż wyciekła obficie ropa, która prawdopodobnie znalazła skupienie pod podbródkiem. Po zastosowaniu płukania antyseptycznego i pod wpływem kompresu, chora po tygodniu wyzdrowiała.

O bezprawnem leczeniu technika siostra wzmiankowanej pacjentki zakomunikowała II komisarjat policji (Kapucyńska). Od chorej dowiedziano się, że sprawca cierpień p. J. zwrócił się do niej z prośbą o zaniechanie kroków prawnych, pragnąc ponieść wszelkie wydatki.

= STOPIEŃ „DENTYSTA“ I „LEKARZ-DENTYSTA“. W Berlinie toczyła się niedawno sprawa, która została rozstrzygnięta w ten sposób, iż osoby, które otrzymały w b. Rosji stopień „dentysta“ nie są „lekarzami-dentystami“.

Wiadomo, że niemieckie sądy państwowe zezwalają na używanie tytułu lekarza-dentysty z tem zastrzeżeniem, że musi być podane państwo, w którem dyplom został uzyskany. Dlatego też można widzieć szyldy z napisem „rosyjski lekarz-dentysta lub lekarka-dentystka“. A wiadomo, iż w b. Rosji wydawano dawniej dyplomy na lekarzy-dentystów i na dentystów. W Lipsku ogłaszała się rosjanka G. jako rosyjska lekarka-dentystka, pomimo, że uzyskała w Charkowie dyplom „dentysty“. Doniesienia, składane na nią, nie odnosiły nigdy skutku, gdyż rzeczoznawca sądowy identyfikował tytuł „dentysty“ z „lekarzem-dentystą“. W r. 1927 Związek lekarzy-dentystów w Lipsku wniósł przeciw G. skargę o nielegalną konkurencję. Na skutek tej skargi Sąd powszechny w Lipsku skazał ją w listopadzie 1927 na 50 mn. grzywny. Oskarżona wniosła apelację do Sądu krajowego w Lipsku, który jednakże apelację odrzucił. G. apelowała następnie do Najwyższego Sądu krajowego w Dreznie, lecz i ten odrzucił apelację w październiku 1928 r., tak że wyrok stał się prawomocnym. Ostatecznie stwierdzić należy, że tylko osoby, które uzyskały zagranicą tytuł „lekarza-dentysty“ a nie „dentysty“, mogą się ogłaszać w Niemczech jako tacy, podając zarazem kraj, w którym powyższy tytuł uzyskali. (Zche R. 52. 1928 r. 2210).

= Z POWIATOWEJ KASY CHORYCH W RADOMSKU. Kol. Jan Ligęza podaje sprawozdanie z pięcioletniej działalności osobistej w ambulatorjum dentystycznem wzmiankowanej Kasy Chorych w Radomsku, a to za okres czasu *od 1 lipca 1924 r. do 1 lipca 1929 r.*

Liczba przepracowanych godzin wynosiła 3870; liczba przyjęć — 20,570 (w tem 1292 porady); leczenie zębów: z próchnicą — 3482, z zapaleniem miazgi — 2674, ze zgorzelą miazgi — 2923, zapalenie ozębnej — 3645, zapalenie okostnej — 275, obrzeżne zapalenie dziąsła — 1387, ropnie okostnowe— 109, erozja — 15 przyp., zapalenie śluzówki j. ustnej — 4, nowotwory 9 przyp., kamień nazębny — 76. Przy 30,285 zabiegach leczniczych wykonano: zastrzyków presojodu — 44, replantacji zębów — 58, plomb — 4724 i ekstrakcyj zębów — 9002. Przyjęć wypada: m. w. 5 pacjentów na godzinę. Procent ekstrakcyj do ogólnej liczby będących w kuracji (14,495) zębów wynosi 62,1%, czyli więcej niż połowa.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ilość zębów zaplombowanych i usuniętych w ogólnej liczbie 13,726, które wymagały 30,285 zabiegów leczniczych, wypadnie na każdy ząb po przeszło 2 zabiegi. Zęby, zdyskwalifikowane do leczenia, przeważnie usuwane były na pierwszem posiedzeniu, niektóre po kilka naraz.

Zęby bardzo często były plombowane na pierwszem posiedzeniu, a zapalenie miazgi po 4 — 5 posiedzeniach, a zgorzelinowe były leczone niekiedy bardzo długo, a w większości przypadków usuwane; niekiedy, po usunięciu dostępnych części rozpadłej i zakażonej miazgi oraz zębiny i możliwem odkażeniu, zęby takie były wypełniane materjałem antyseptycznym (camphenol-jodoform) i zamykane warunkowo. Były przypadki, że pacjenci z takiemi prowizorycznemi plombami zgłaszali się po upływie szeregu miesięcy a nawet lat bez objawów komplikacyjnych i zakaźnych. Takie zęby, po dłuższej próbie z zachowaniem ostrożności wtórnego zakażenia, były plombowane na stałe.

Należy nadmienić, że pacjenci bardzo rzadko zgłaszali się ze zwykłą próchnicą zębów, lecz dopiero po wystąpieniu bólu wskutek zapalenia miazgi lub ozębnej. Należało zęby próchnicowe wprost wyławiać i z trudnością skłaniać pacjentów do plombowania, tłumacząc im grozę następstw rozwijającej się choroby.

= Z WYSTAWY KRAJOWEJ W POZNANIU. W dziale Szkolnictwa Wyższego (dom rządowy) wystawiono nast. eksponaty z dziedziny naukowego zębolecznictwa i stomatalagji.

Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie wystawił: grafikon poglądowy statystyki studentów, personelu i t. d. od czasu założenia. Oddział chirurgji stomatologicznej (prof. Meissner): modele własnych kleszczy ekstrakcyjnych. Oddział dentystyki zachowawczej (prof. Wilga): przekroje zębów, modele preparowania ubytków. Oddział protetyczny (dr. Zeńczak): roboty uczniów i typy aparatów ortodontycznych.

Instytut Dentystyczny Uniw. J. K. we Lwowie (prof. Cieszyński) wystawił: grafikony pracy dydaktycznej w ostatniem dziesięcioleciu — ruch pacjentów, liczbę studentów medycyny korzystających z kursów stomatol., liczbę specjalizujących się lekarzy, praktykantek na pomocnicze dent. i praktykantów techniczno-dentystycznych, pracujących w Instytucie, prace prof. Cieszyńskiego i współpracowników, uporządkowane w tomach według działów chronologicznie, a mianowicie — dwa tomy prac prof. Cieszyńskiego za lata 1918 — 1928 ogółem 122 prac, 1 tom prac asystentów i współpracowników Instytutu dent. z 25 pracami, 3 podręczniki (2 rentgenol. i 1 kurs dla medyków) i broszurę prof. Cieszyńskiego: „Stan lekarski pod względem liczbowym i ekonomicznym“ i 2 wydawnictwa zbiorowe (Księgi Pamiątkowe); z prac klinicznych Instytutu Dent. U. J. K. akwarele, odnoszące się do obrażeń szczękowych, kilka masek gipsowych z chorobami szczęk, modele odnoszące się do głębokich injekcyj, leczenie rwy nerwu trójdzielnego, oraz do ortognatostatyki.

Grafikony Wydziału lekarskiego U. J. K. (prof. Cieszyńskiego) uwidoczniają pracę Zakładów i Klinik i przedstawiają ustosunkowanie się Instytutu Dent. U. J. K. do innych Zakładów Uniw. J. K.

= ODMOWA. Departament V Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewn. *powtórną* decyzją z dnia 19 kwietnia r. 1929 za Nr. Z. F. 2889/28 odmówił zezwolenia na sprzedaż w Polsce specyfiku farmaceutycznego p. n.

„Narcosia“ do miejscowego znieczulania wyrobu firmy *Gude* w Berlinie. Ministerstwo Spraw Wewn. komunikuje, iż *pierwotna* decyzja odmowna w tej sprawie z dnia 15 listopada 1927 r. Nr. Z. F. 2919/27 oparta jest na opinji Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Od wydawnictwa.

Niejednokrotnie zwracaliśmy się do prenumeratorów z prośbą o uregulowanie należności za czas ubiegły. Nasze monity oraz listy niewiele skutkują. Aby ostatecznie ustalić listę niewypłacalnych prenumeratorów, co konieczne jest ze względów formalnych, niedawno wysłaliśmy blisko 200 listów poleconych wraz z wykazem należności. Pochłonęło to sporo wydatków, które, rzecz prosta, potęgują nasze straty, utrudniające regularne wydawanie pisma.

Fakt ten mówi za siebie i dostatecznie charakteryzuje nasze stosunki. Przynosi to ujmę tym, którzy bezwstydnie nie krępują się i wyzyskują nas, zatrzymując znaczniejsze kwoty, potrzebne na najniezbędniejsze wydatki. A zaznaczyć należy, iż wśród zalegających są koledzy b. zamożni, dla których kwota *trzyzłotowa* nic absolutnie nie znaczy.

Na uporczywe milczenie zmuszeni będziemy odpowiedzieć ogłoszeniem nazwisk dłużników, co też następnie uczynimy.

Nadmieniamy, iż nigdy nikomu z pismem nie narzucaliśmy się, bowiem ogół nasz znamy doskonale. Nie żądamy łaskawych ofiar; upominamy się słusznie o należne nam kwoty, które są dosyć poważne.

Pomimo niejednokrotnych naszych próśb, wielu prenumeratorów miejscowych fatyguje inkasenta po odbiór należności 5 — 6 razy! Prenumeratorzy, nie życzący sobie płacić za inkaso, zechcą regulować należność w administracji, jak to zwykle jest przyjęte.

Nadmieniamy, iż kolegom niezamożnym czynimy wszelkie ustępstwa. Pomimo pewnych zaległości, nie uprzedzeni do nikogo, pismo nadal wysyłaliśmy w dobrej wierze, iż nikt nie narazi nas na straty.

Prosimy ponownie prenumeratorów, którzy nie życzą sobie dalszego prenumerowania „Kroniki“, o wczesne o tem zawiadomienie nas, bowiem unikniemy zbytecznych wydatków i przykrych nieporozumień.
